CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

SKOROWIDZ

ROCZNIKA III

(1938)



247

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04



TREŚĆ ROCZNIKA III (1938)

PRACE ORYGINALNE I KAZUISTYKA.

TECHNIKA OPERACYJNA.

CHIRURGIA SPORTU.

SKRZYNKA ŚWIETLNA.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

SPRAWOZDANIA.

ZJAZDY.

POSIEDZENIA.

KRONIKA.

POLSKIE PIŚMIENNICTWO CHIRURGICZNE.

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ AUTORÓW I REFERENTÓW.

(Cyfry drukowane *kursywą* oznaczają pracę oryginalną).

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ TREŚCI.

(Cyfry drukowane *kursywą* oznaczają pracę oryginalną).

Zakł. Graf. „DRUKPRASA" Nowy-Świat 54, tel. 615-56 i 242-40

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RECEUIL DE FAITS.

ROK III. **Nr. 1**

STYCZEŃ 1938 R.

„BIJOTOL-AGE"

(Bismuthum Jodo - Thymolicum)

Do skromnego zasobu środków antyseptycznych, stosowanych w dermatologii, ginekologii i chirurgii przybywa nowy związek syntetyczny **„Bijotol-Age"**, który swym działaniem przewyższa wiele innych dotychczas znanych.

„Bijotol - Age" został otrzymany przez związanie reszt wodorotlenowych w dwujodo - dwutymolu za pomocą jodu i bizmutu.
Zawiera około 43 procent jodu i 23 procent bizmutu.

„Bijotol - Age" jest proszkiem ceglasto czerwonym, bez zapachu, bardzo mało rozpuszczalnym w wodzie, trwałym na światło i wilgoć, o wybitnym działaniu b a k t e r i o b ó j c z y m.

Tak wybitne działanie antyseptyczne **„Bijotolu - Age"** należy przypisać jego budowie i składowi chemicznemu (jod i bizmut obecne w pierścieniu tymolowym).



Działanie poszczególnych składników **„Bijotolu - Age"** jest ogólnie znane i cenione, np. tymol posiada szczególne własności zabójcze dla ustrojów mało lub wcale niezróżnicowanych jak: pełzaki, wiciowce wymoczki, czerwie jelitowe, krętki blade, prątki Ducrey'a, drobnoustroje ropotwórcze i t. p.

Przy zetknięciu się z zaczynami tkankowymi **„Bijotol-Age"** oddziela jod **in statu nascendi,** którego własności bakteriobójcze potęgują się wielokrotnie synergetycznym działaniem tymolu w obecności bizmutu.

Doświadczenia kliniczne wykazały, że własności antyseptyczne **„Bijotolu - Age"** znacznie przewyższają działanie innych podobnych środków, a jego zalety wzmacniają się przez **zupełny brak własności drażniących,** co jest bardzo pożądane w leczeniu.

Wskazania: Owrzodzenie części płciowych,
Ulcus durum,
Ulcus molle,
Lymphogranuloma inguinale i t p.

oraz owrzodzenia błon śluzowych i skóry, wywołane drobunoustrojami, grzybami lub pleśniakami.

Stosuje się **per se,** jako przysypka, lub w 5 - 10% maściach, czopkach, gałkach pochwowych, do przyrządzania gazy i waty **bijotolowej** i t. p.

Próbki lekarskie na żądanie gratis.

Mokotowska Fabryka Chemiczno - Farmaceutyczna
Adolf Gąsecki i Synowie Sp. Akc.
w Warszawie ul. Belgijska Nr. 7.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, STYCZEŃ 1938 R. Nr. 1

Z Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P.
Dyrektor Prof. Dr *E. Loth.*

Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych

podał
Henryk Śledziewski.

Zdawałoby się, że po wprowadzeniu promieni Roetgena i radu do lecznictwa nowotworów, dalsza radykalizacja zabiegów operacyjnych ustanie. Tymczasem przeżywamy okres narastającej fali radykalizacji — i bez tego już radykalnych — zabiegów operacyjnych, które zaproponowali w ostatnich latach chirurdzy francuscy w obrębie szyi w przypadkach raka sutka i raka języka. Wystarczy przejrzeć zeszyty *Journal de Chirurgie* od roku 1933, by się o tym dowodnie przekonać.

Co jest przyczyną tej dalszej radykalizacji? Niewątpliwie niezadowolenie z dotychczasowych wyników oraz chęć uzyskania lepszych, przez zastosowanie w praktyce przesłanek teoretycznych. Chęć uniknięcia nawrotu prowadzi do postulatu możliwie całkowitego usunięcia układu chłonnego danej okolicy ciała.

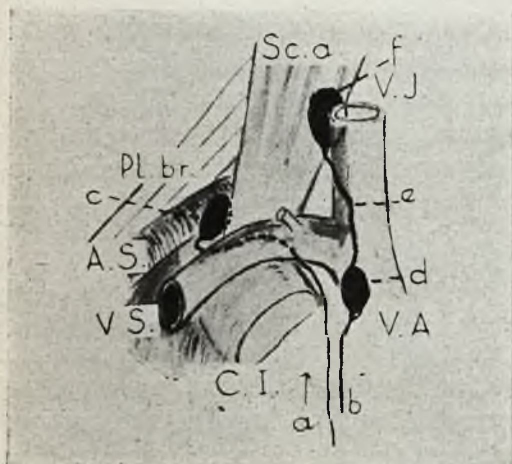
Duval i Rouvière (Journ. de Chir. 1933) proponują usunięcie jednej trzeciej środkowej obojczyka w celu rozszerzenia i ułatwienia dostępu do gruczołów szyjno-pachowych, głębiej położonych. *Duval i Redon* (1933), *Fiolle* (1935) snują dalej swe radykalne propozycje w tymże czasopiśmie. O wartości klinicznej tego rodzaju postępowania chirurgicznego trudno się wypowiedzieć w obecnej chwili z powodu braku odpowiedniego materiału statystycznego, natomiast można, a nawet należy zastanowić się nad słusznością teoretycznego założenia, a właściwie nad możliwością wykonania tego założenia. Sprawa sprowadza się więc do tego, czy możliwe jest usunięcie układu chłonnego na jednej połowie szyi w całości, bez reszty?

Podstawa teoretyczna, anatomiczna, wspomnianej dalszej radykalizacji operacyjnej została opracowana przez znanego anatoma *Rouvière'a* i według wspólnej propozycji *Duvala* i *Rouvière'a* zabieg usunięcia układu chłonnego na odpowiedniej stronie szyi przedstawia się w sposób następujący: po przeprowadzeniu odpowiedniego cięcia skórnego i po wycięciu jednej trzeciej środkowej obojczyka, wycina się en bloc mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy i gnykowo-łopatkowy, żyłę szyjną wewnętrzną i zewnętrzną oraz cały blok łącznotkankowo-tłuszczowy i gruczołowy wraz z małymi naczyniami, tak iż pozostaje tylko splot barkowy, naczynia podobojczykowe i mięśnie pochyłe szyi. Wydawałoby się, że to istotnie doszczętny zabieg.

Należy jednak zaznaczyć, że dotychczasowe wiadomości z zakresu układu chłonnego szyi, pomimo najnowszych prac z tej dziedziny (*Rodrigues i Pereira,* 1930, *Rouvière,* 1927, 1932) nie są kompletne, albowiem opierając się na własnych badaniach

(*Śledziewski*, 1932, 1937), stwierdziłem nowe dane anatomiczne w układzie chłonnym podstawy szyi, dotychczas nieznane, a mianowicie:

1. Na górnej powierzchni pierwszego żebra znajdują się gruczoły chłonne, występujące wprawdzie nie stale, lecz dość często, które leżą: albo pod żyłą podobojczykową, albo między żyłą a tętnicą podobojczykową, tuż przy przyczepie żebrowym mięśnia pochyłego szyi przedniego, albo w szczelinie międzymięśniowej (utworzonej przez dwa mięśnie pochyłe szyi: przedni i środkowy), przed tętnicą podobojczykową; wydaje mi się, że nie byłoby zbyt trudne dla operatora usunięcie wspomnianych gruczołów chłonnych w razie ich obecności; (por. rys. 1 i 2; na rys. 1 literą *c* oznaczono gruczoł częściowo wsunięty między tętnicę podobojczykową prawą i mięsień pochyły przedni szyi oraz na rys. 2 oznaczono literą *c* gruczoł leżący na górnej powierzchni I żebra, tuż przed tętnicą podobojczykową lewą); powyższe gruczoły chłonne nazywam gruczołami nażebrowymi = *lymphoglandulae supracostales*.

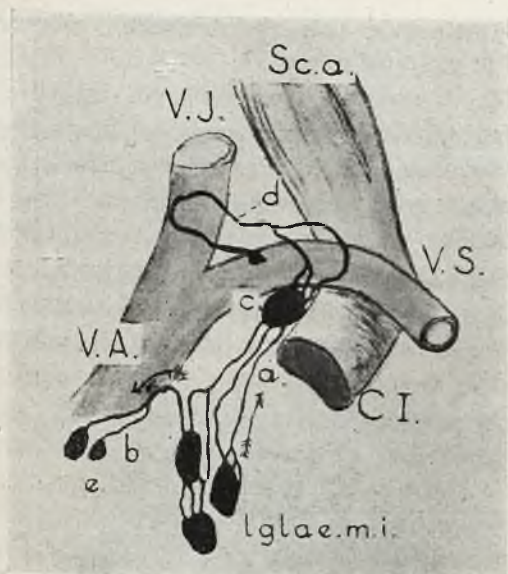


Rys. 1. Okolica kąta żylnego prawego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby. **a, b** — naczynia chł. sutkowe wewnętrzne prawe; **c** — gruczoł chł. nażebrowy tylny do którego uchodzi naczynie **a**; **Sc. a**— przedni mięsień pochyły szyi; **Pl. br.** — splot barkowy; **A. S.** — tętnica podobojczykowa; **V. J.** — żyła szyjna wewnętrzna; **V. A.** — żyła bezimienna; **C. I.** — I żebro.

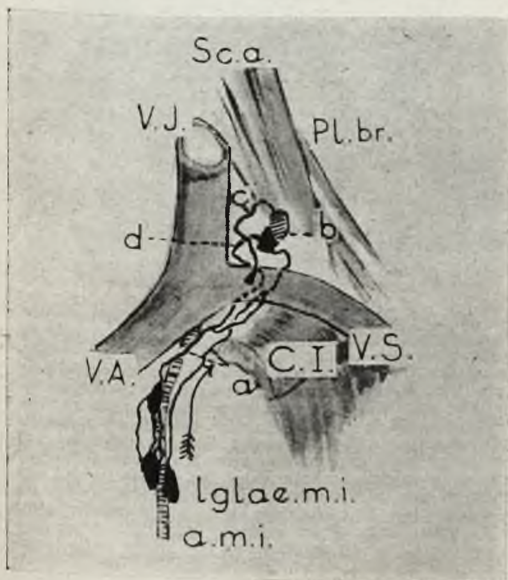


Rys. 2. Okolica kąta żylnego lewego. Preparat otrzymano przez iniekcję gruczołów sutkowych wewnętrznych lewych. **lglae. m. i.** — gruczoły sutkowe wewnętrzne lewe 1-ej przestrzeni międzyżebrowej; **a** — ich naczynia odprowadzające uchodzące do gruczołu osklepkowego środkowego **b**, którego naczynie odprowadzające uchodzi do gruczołu nażebrowego tylnego **c**. Inne oznaczenia, jak na rys. 1.

2. Na osklepku opłucnej występują gruczoły chłonne niestałe, lecz równie częste jak poprzednio wymienione, które nazywam gruczołami osklepkowymi = *lymphoglandulae cupulae pleurae;* wśród nich odróżniam przednie, środkowe i tylne; granice osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, są następujące: od boku i przodu ogranicza brzeg wewnętrzny I żebra, od tyłu — tętnica podobojczykowa, od strony przyśrodkowej — tętnica sutkowa wewnętrzna; przed żyłą podobojczykową leży gruczoł osklepkowy przedni, pod żyłą podobojczykową — środkowy, za żyłą a przed tętnicą podobojczykową i pod mięśniem pochyłym przednim — gruczoł osklepkowy tylny; dostęp do wymienionych gruczołów w warunkach operacyjnych jest bardzo utrudniony; gruczoły osklepkowe zostały oznaczone na rysunkach 2, 3, 4, 5, 8; na rys. 3 literą *c* oznaczono gruczoł osklepkowy przedni, na rys. 2 literą *b* i na



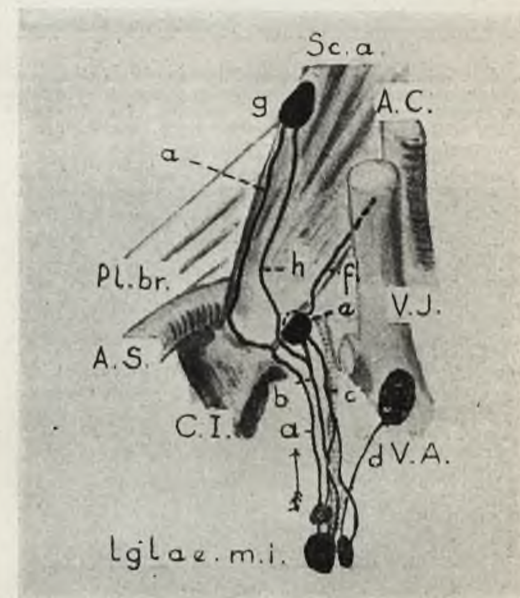
Rys. 3. Okolica i sposób otrzymania preparatu jak wyżej. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy przedni **c**, do którego uchodzą naczynia **a**, wychodzące z gruczołów sutkowych wewnętrznych 1-go międzyżebrza; naczynie **b** wychodzi z gruczołów przymostkowych 1-go międzyżebrza **(lglae m. i.)**, kieruje się do tyłu, zataczając łuk ku górze, by ujść do gruczołów śródpiersia przedniego **(e)**. Pozostałe oznaczenia j. w.



Rys. 4. Okolica j. w. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy tylny **b**, leżący na osklepku opłucnej pod mięśniem pochyłym szyi przednim; do tego gruczołu uchodzą naczynia **a**, wychodzące z gruczołów przymostkowych (sutkowych wewn.) 1-go międzyżebrza; **c.** — naczynie odprowadzające gruczołu osklepkowego, uchodzące do żyły podobojczykowej.

rys. 8 literą *c* oznaczono gruczoł osklepkowy środkowy, na rys. 4 literą *b* i na rys. 5 literą *e* oznaczono gruczoł osklepkowy tylny.

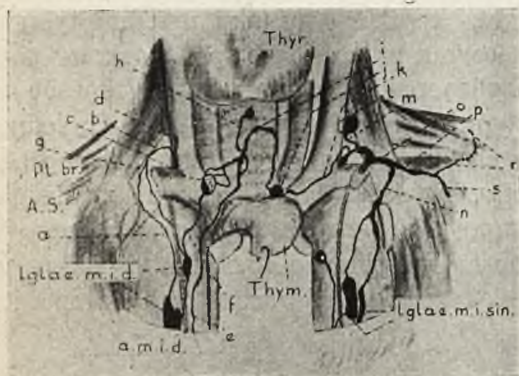
3. Przez splot barkowy przechodzą naczynia chłonne w kierunku od przodu do tyłu, czyli w kierunku przednio-tylnym; naczynia przebijające splot barkowy przechodzą między jego pęczkami w sposób następujący: między pęczkiem przedniobocznym z jednej strony, a pęczkiem przednio-przyśrodkowym i tylnym z drugiej strony; ze względu na warunki topograficzne przebiegu, naczynia przebijające splot barkowy są niedostępne dla operato-



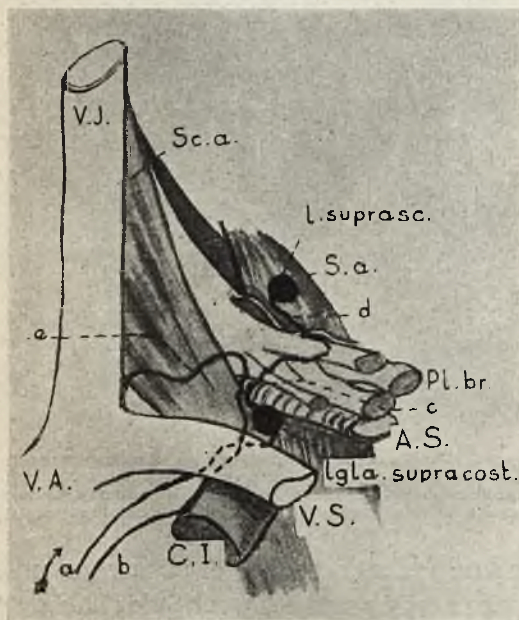
Rys. 5. Okolica kąta żylnego prawego. Zwraca uwagę gruczoł osklepkowy tylny **e**, leżący na osklepku opłucnej pod przednim mięśniem pochyłym szyi. Do gruczołu osklepkowego **e** uchodzi część naczyń **(b, c)** przymostkowych (sutkowych wewn.).

ra; na rysunkach 6, 7, 8, oznaczono przebieg naczyń przebijających splot barkowy; na rys. 6 literą *r*, na rys. 7 literami *c, d*, i na rys. 8 literą *f* oznaczono przebieg omówionych naczyń chłonnych; dla informacji należy dodać, że preparaty uwidocznione na powyższych trzech rysunkach zostały otrzymane przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby, przebijających przeponę, i że widziano naczynia przebijające splot barkowy w trzech przypadkach na

ogólną ilość 24 zbadanych przypadków; oczywiście, jest to liczba mała, lecz trzeba pamiętać o tym, że są duże trudności techniczne w otrzymaniu podobnych preparatów i że przy szczególnym zwróceniu uwagi na naczynia przebijające splot barkowy niewątpliwie uda się otrzymać większą ilość przypadków.



Rys. 6. Okolica dolnej części szyi od przodu. Części przymostkowe pierwszych żeber usunięto; preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby, przebijających przeponę. Część naczyń przymostkowych prawych **(e, f)** tworzy na szyi poprzeczny łuk z odnogą **h.**



Rys. 7. Okolica kąta żylnego lewego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. Jedno z naczyń sutkowych wewn. **(a)** nie uchodzi do kąta żylnego, jak podają dotychczasowe źródła piśmiennicze, lecz do gruczołu nażebrowego tylnego **(lgla supracost.)**, którego naczynie odprowadzające przebija splot barkowy, idąc w kierunku od przodu do tyłu **(c, d)**, by ujść do gruczołu nadłopatkowego **(l. suprascap.)**.

4. W rzadkich przypadkach udaje się stwierdzić obecność naczynia, biegnącego poprzecznie przed tchawicą w dolnym odcinku szyi z jej jednej strony na drugą; podobny przebieg został uwidoczniony na rys. **6**, na którym naczynie, o jakim mowa, biegnie łukowato z prawej strony na lewą i jest oznaczone literą *i;* podobny przypadek opublikował *Shdanoff* (1936).



Rys. 8. Okolica kąta żylnego prawego. Preparat otrzymano przez iniekcję naczyń chłonnych wątroby przebijających przeponę. **a, b** — naczynia sutkowe wewn.; **a** — dwa naczynia chłonne tworzą wspólny pień **d,** który uchodzi do trzech gruczołów nażebrowych tylnych **e,** z których wychodzą dwa naczynia odprowadzające: jedno z nich **r** biegnie w kierunku dołu pachowego do gruczołów podobojczykowych, oznaczonych na rysunku literą **s;** drugie naczynie **f** przebija splot barkowy w kierunku przednio-tylnym; po wyjściu ze splotu naczynie daje dwa odgałęzienia **i, g;** naczynie **g** biegnie dalej do tyłu i uchodzi do gruczołów nadłopatkowych **(h);** naczynie **i** zagina się do przodu, by po przejściu przez dwa gruczoły nadobojczykowe **l,** ujść do kąta żylnego.

Z powyżej przytoczonych faktów widzimy, że rada *Duvala i Rouvière'a,* zalecająca w amputacji sutka definitywne wycięcie jednej trzeciej środkowej obojczyka w celu rozszerzenia i ułatwienia dostępu do gruczołów pachowych i szyjnych, nie

prowadzi do zamierzonego celu, gdyż, pomijając inne zastrzeżenia o których mowa poniżej, pozostają nietknięte: 1) naczynia przebijające splot barkowy, 2) gruczoły osklepkowe, 3) gruczoły nażebrowe i 4) naczynia, biegnące poprzecznie przed tchawicą z jednej strony szyi na drugą.

Radykalizacja chirurgiczna operacji raka sutka poszła łatwiejszą drogą, a mianowicie drogą części zewnętrznych w górę i w dół od sutka, jako od punktu centralnego. Radykalizację w dół zaproponował *Handley* (1905), który na podstawie własnych badań doszedł do wniosku, że należy usuwać przednią pochewkę mięśnia prostego brzucha w jego górnym odcinku. W górę, aż do wyrostka sutkowego kości skroniowej, zaproponowali cytowani wyżej autorzy francuscy. Jak wiadomo z dotychczasowego piśmiennictwa część naczyń chłonnych, wychodzących z kwadrantów przyśrodkowych, przebija mięśnie międzyżebrowe pierwszych czterech międzyżebrzy, by ujść do gruczołów sutkowych wewnętrznych (= *lymphoglandulae mammariae internae)*. Przerzuty raka z kwadrantów przyśrodkowych do gruczołów sutkowych wewnętrznych i do śródpiersiowych idą właśnie wymienioną drogą. Cóż uczyniono w tym kierunku?

Duval i Rouvière (1933) proponując radykalizację w odcinku szyjnym zapowiedzieli ukazanie się w najbliższym zeszycie pracy w sprawie radykalizacji w kierunku gruczołów sutkowych wewnętrznych. Nietylko w następnych zeszytach, ale nawet w następnych rocznikach *Journal de Chirurgie* zapowiedziana praca nie ukazała się.

Jako niechirurg nie chcę wchodzić w sprawę trudności technicznych operacyjnego usunięcia gruczołów sutkowych wewnętrznych, lecz jako anatom mogę zastanowić się nad słusznością teoretyczną podobnego zabiegu.

Do niedawna uważano obydwa układy chłonne przymostkowe *(lymphoglandulae mammariae internae dextrae et sinistrae)* za niezależne od siebie. W r. 1931 opublikowałem *połączenie zamostkowe* w postaci gruczołów i naczyń chłonnych, występujące na poziomie pierwszej przestrzeni międzyżebrowej, pomiędzy gruczołami przymostkowymi lewymi i prawymi. Gruczoły i naczynia, wchodzące w skład wymienionego połączenia chłonnego, leżą na wewnętrznej powierzchni mostka (por. rys. 9). *Połączenie zamostkowe* stwierdziłem w 30 przypadkach na 111. Poza tym już *Küttner* (1903) zwrócił szczególną uwagę na to, że niektóre naczynia chłonne odchodzą od gruczołów sutkowych wew-



Rys. 9. Mostek i części przymostkowe żeber widziane od strony wewnętrznej. Po obu stronach mostka biegną tętnice sutkowe wewnętrzne, wzdłuż których ułożone są gruczoły przymostkowe (sutkowe wewnętrzne). Zwraca uwagę połączenie chłonne zamostkowe na poziomie 1-ej przestrzeni międzyżebrowej. **a** — dwa gruczoły naprzeponowe przedosierdziowe, do których uchodzi gruby pień przebijający przeponę, nastrzykany z wątroby; wspomniane gruczoły przedosierdziowe dają dwa naczynia wstępujące i uchodzące do układu przymostkowego lewego; **b.** — gruczoły 1-go międzyżebrza dają naczynia, biegnące po wewnętrznej powierzchni mostka i uchodzące do gruczołów 1-go międzyżebrza strony przeciwnej; **c** — naczynia zamostkowe, tworzące połączenie obydwu układów chł. przymostkowych; kierunek przebiegu oznaczono strzałką; **d** — gruczoły 1-go prawego międzyżebrza, **e** — przedni listek ścięgnisty przepony.

nętrznych I przestrzeni międzyżebrowej do tyłu i ku dołowi, do śródpiersia przedniego, do gruczołów śródpiersiowych przednich, wzdłuż żyły sutkowej wewnętrznej. Jest to połączenie prawie stałe. A zatem i radykalizacja w kierunku gruczołów sutkowych wewnętrznych przedstawia się właściwie beznadziejnie.

Często się słyszy i czyta o 1-ym etapie gruczołów, o 2-im, 3-im etapie gruczołów chłonnych w odniesieniu do pewnej okolicy ciała. Nie jest to twierdzenie bezwzględnie pewne, gdyż można w pewnych przypadkach wykazać pomijanie etapów gruczołowych przez naczynia, wychodzące z danej okolicy ciała. Trudno powiedzieć czy są to tylko rzadkie przypadki, które należy traktować jako odmiany, czy też jako przypadki częściej występujące, a trudne do wykrycia z powodu trudności technicznych. W ostatnio wydanej pracy (1937) podałem szczególny przypadek ominięcia przez naczynia całego szeregu gruczołów.

Reasumując powyższe dane, należy dojść do wniosku, że wszelkie próby dalszej radykalizacji zabiegów chirurgicznych w przypadkach raka sutka, czy to w kierunku gruczołów i naczyń chłonnych szyi, czy w kierunku układu chłonnego przymostkowego, należy uznać za pozbawione podstawy teoretycznej z punktu widzenia anatomii układu chłonnego człowieka.

PIŚMIENNICTWO

Duval P. i Rouvière H.: Technique de l'extirpation des ganglions sus-claviculaires, Journ. de Chir., t. 41, s. 849 — 860, 1933, *Duval P. i Redon H.:* Un point de technique dans l'amputation du sein cancéreux, Journ. de Chir., t. 42, s. 497 — 500, 1933, *Fiolle M.:* Une technique d'ablation en bloc du sein cancéreux et des ganglions sus-claviculaires, Journ. de Chir., t. 45, s. 49 — 53, 1935, *Handley W. S.:* Cancer of the Breast, Londyn, 1906, *Idem:* On the mode of spread of Cancer of Breast in relation to its operative treatment, Glasgow Med. Journ., XII/1905, *Küttner H.:* Die perforierenden Lymphgefässe des Zwerchfells und ihre pathologische Bedeutung, Beitr. z. klin. Chir. v. Bruns, t. 40, s. 137 — 212, 1903, *Noetzel W.*: Ueber die Bakterienresorption auf dem Lymph-und Blutwege, Beitr. z. klin. Chir., t. 64, s. 134 — 158, 1906, *Rodrigues A. i Pereira S.:* Sur les gros troncs lymphatiques de la base du cou. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm., t. 7, s. 1019 — 1027, 1930, *Rouvière H.:* Systématisation et topographie des ganglions et des vaisseaux sous-sterno-mastoidiens et sus-claviculaires, Ann. d'Anat. Pathol. et d'Anat. Norm., t. 4, s. 412 — 421, 1927, *Idem:* Anatomie des lymphatiques de l'homme, Paryż, 1932, *Shdanoff:* Die Kollaterallymphwege der Brusthöhle des Menschen, Anat. Anz., t. 82 s. 417 — 440, 1936, *Śledziewski H.:* Naczynia chłonne wątroby przebijające przeponę..., Sprawozd. Tow. Nauk Warsz. XXIV, Wydz. IV, s. 133 — 144, 1931, *Idem:* Trajet des vaisseaux efférents des ganglions lymphatiques diaphragmatiques dans le mediastin, C. R. de l'Ass. d'Anat., XXVI Réun., s. 467 — 477, 1931, *Idem:* Le problème de la communication lymphatique du foi avec les ganglions de la base du cou..., Bull. de l'Acad. Polon. d. Sc. et d. Lett., Classe d. Méd., s. 125 — 128, 1932, *Idem:* Les metastases du cancer de l'estomac et les metastases „croisées" du cancer du sein aux ganglions lymphatiques de la base du cou au point de vue de l'anatomie normale, Arch. d'Anat. d'Hist. et d'Embr.,t. XXIV, s. 199 — 276, 1937.

R É S U M É:

Quelques remarques sur la radicalisation du traitement opératoire du sein cancéreux au point de vue de l'anatomie normale

par

H. Śledziewski.

En vertu de ses propres recherches, l'auteur apprécie d'une façon critique la valeur de la radicalisation plus avancée dans le traitement opératoire du sein cancéreux et croit, que les propositions de ce genre n'ont pas de raison théorétique, anatomique, puisqu'elles sont appuyées sur des données anatomiques incomplètes.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator Dr *Jerzy Jasieński.*

W sprawie leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego

podali

Dr Jerzy Jasieński i Dr Szymon Kranz.

Dziwne są niejednokrotnie koleje postępu medycyny praktycznej. Każdy niemal nowy pomysł z najsurowszą zwykle spotyka się krytyką, choć nie zawsze na to zasługuje. Jednym wystarcza, że nie przemawia im do przekonania, aby odrzucić go a limine. Innym zawody uzyskane w znikomej ilości przypadków nielicznych badań kontrolnych wydają się bardziej wiarygodne, niż mnożące się z dnia na dzień, wielokrotnie przewyższające je liczebnie, doniesienia o wynikach pomyślnych.

Tak się niestety bez przesady przedstawia sprawa stosowania surowic swoistych w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Trudno zrozumieć dlaczego, jeśli chodzi o chorobę tak ciężką, częstokroć śmiertelną, nie usiłował każdy na podstawie osobistego doświadczenia wyrobić sobie własnego sądu o wartości tej nie nowej już dziś metody, zwłaszcza jeśli sam nie szukał nowych dróg. Tymczasem nawet u autorów podręczników i referentów zjazdowych sprawa ta nie wzbudziła należytego zainteresowania. Nie wspominają oni albo w ogóle o leczeniu surowicą powyrostkowego zapalenia otrzewnej, bądź, opierając się wyłącznie na złych doświadczeniach cudzych, mówią, że tego rodzaju próby opanowania choroby okazały się zupełnie chybione. Cóż więc dziwnego, że ogół sprawę leczenia surowicą uważa za przesądzoną.

Na sąd tak nieprzychylny złożyło się wiele czynników. Przede wszystkim różnorodna etiologia schorzenia, różnorodność flory bakteryjnej znajdowanej zarówno w chorym wyrostku, jak i w znajdującym się w brzuchu wysięku ropnym. Dalej — pozostające z tym w ścisłym związku przyczynowym stosowanie przez poszczególnych autorów rozmaitych surowic i różnorodny sposób ich stosowania, dziś zwłaszcza, kiedy szereg poważnych serologów zdecydowanie kwestionuje swoistość działania surowic. Ważny powód do krytycyzmu daje też znaczna, uzyskana przez chirurgów w ostatnich czasach zwłaszcza, poprawa wyników leczniczych w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, wybitne zmniejszenie się śmiertelności operacyjnej, nie tylko dzięki zabiegom wczesnym, lecz i szczelnemu zaszywaniu brzucha, tak, iż nie bez słuszności powiedzieć dziś można, że samo usunięcie chorego wyrostka w olbrzymiej ilości przypadków wystarcza do opanowania toczącej się w otrzewnej sprawy ropnej.

Sprawa leczenia surowicą powyrostkowego zapalenia otrzewnej ze zrozumiałych względów na wielkie napotkać musiała trudności w związku z niejednolitą patogenezą schorzenia. Trudności te pierwszy usiłował rozwiązać *Weinberg,* podając chorym dotkniętym ropnym zapaleniem otrzewnej swą surowicę przeciwzgorzelinową, o skuteczności której wielokrotnie uprzednio miał się sposobność przekonać w przypadkach ropowicy gazowej. Wieloważna ta surowica zawierała niweczniki skierowane przeciw najważniejszym z pośród chorobotwórczych beztlenowców, które spotykał *Weinberg* we florze wyrostkowej, a mianowicie przeciw b. perfringens,

vibrio septicus, b. histoliticus, b. oedematicus i b. sporogenes. Ostatnio *Weinberg* wprowadził surowicę mieszaną, stosowaną przez autorów francuskich, w skład której wchodzi: dawna surowica przeciwzgorzelinowa, surowica przeciwokrężnicowa i surowica dodatkowa przeciw enterokokom i paciorkowcom. W Niemczech posługiwano się początkowo surowicą przeciwokrężnicową *Katzensteina,* po tym „Peritonitisserum" — mieszaniną surowicy przeciw prątkowi Welch-Fränkla z surowicą przeciwokrężnicową, przygotowaną na surowicy bydlęcej dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego; wreszcie surowicą wieloważną, zawierającą niweczniki przeciw prątkom okrężnicy, enterokokom, paciorkowcom anhemolitycznym i b. perfringens. Polscy autorzy stosowali dotychczas przeważnie surowicę przeciwzgorzelinową P. Z. H., zobojętniającą jady czterech gatunków mikrobów: b. perfringens, vibrio septicus, b. oedematicus i b. histoliticus, a więc zbliżoną swym składem do pierwszej surowicy *Weinberga.* Surowicą tą posługiwaliśmy się w części leczonych przypadków — w innych stosowaliśmy „Peritosan" Klawego, w skład którego, podobnie jak i surowicy niemieckiej, wchodzi surowica przeciw prątkom okrężnicy (50%), surowica przeciw b. perfringens (20%), przeciw enterokokom (20%) i przeciw paciorkowcom (10%).

Próby leczenia surowicą przeciwzgorzelinową rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego rozpoczął w r. 1919 *Weinberg,* stosując ją u dwóch chorych operowanych przez *Delbeta,* przy czym obydwaj ci chorzy powrócili do zdrowia w krótkim czasie. Zachęcony tak pomyślnymi wynikami leczenia stosował *Delbet* surowicę przeciwzgorzelinową w roku następnym u 11 chorych dotkniętych ciężkim powyrostkowym zapaleniem otrzewnej, uzyskując całkowite wyleczenie w 10 przypadkach, z których 8 uważał za stracone.

W roku 1921 ogłosił *Cotte* przypadek zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego z ropniem podwątrobowym, operowany w 5-ym dniu choroby, przy czym zabieg ograniczył się do otwarcia ropnia, ponieważ nie udało się usunąć wyrostka. Ze względu na bardzo zły ogólny stan chorego podawano mu surowicę przeciwzgorzelinową *Weinberga,* dzięki czemu uzyskano zupełne oczyszczenie się rany przed upływem dni 10 i rychłe wyleczenie. W dyskusji nad tym przypadkiem drugi chirurg lyoński *Berard* podniósł, że od dłuższego czasu stosuje surowicę *Weinberga* w powikłanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i ma dobre wyniki.

Dalsze doniesienie chirurgów z Nancy brzmią, zgodnie z pierwszymi, nader pomyślnie. W roku 1923 *Rakowatz,* omawiając wyniki uzyskane przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej w klinice *Michela,* podnosił, że nie zginął żaden z pośród 20 chorych dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, mimo iż w 11 z pośród tych przypadków zabieg wykonano w 3-im, 4-ym, 5-ym, a nawet 8-ym dniu choroby.

W roku następnym *Michel i Mathieu* ogłosili spostrzeżenia dotyczące dalszych 15 leczonych surowicą ciężkich przypadków powyrostkowego zapalenia otrzewnej, z pośród których stracili tylko 3 chorych.

W roku 1924 *Weinberg* poczynił dalsze spostrzeżenia nad wartością leczniczą swej surowicy na materiale operacyjnym *Jaquemina,* obejmującym 44 ciężkie przypadki zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego i 52 przypadki ostrego zapalenia wyrostka w których, mimo ciężkich objawów klinicznych, nie stwierdzono w wyrostku zmian zgorzelinowych. Z pośród wszystkich tych 96 stracił *Jaquemin* dwu

tylko chorych, to też uzyskane wyniki uważa za bardzo korzystne.

Z tego też okresu pochodzą spostrzeżenia poczynione przez *Clavelina i Foisy.* Autorzy ci posługiwali się surowicą wieloważną *Vincenta i Stodela,* skierowaną przeciw 21 rodzajom tlenowców i beztlenowców. W odróżnieniu ponadto od wszystkich poprzednich autorów, *Clavelin* stosował tę surowicę tylko miejscowo, wprowadzając ją wprost do otrzewnej, po czym szczelnie zaszywał powłoki brzuszne i uzyskał 100% wyleczeń w 19 leczonych w ten sposób przypadkach, z których w 14 chodziło o zapalenie otrzewnej w następstwie przedziurawienia wyrostka robaczkowego, w 5 zaś o ropień okołowyrostkowy. *Foisy* wprowadzał surowicę domięśniowo, przy czym stracił jednego tylko z pośród 7 chorych z powyrostkowym zapaleniem otrzewnej.

Wiliams leczył mniej więcej w tym samym czasie przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej 18 przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, przy czym stracił jednego tylko chorego. Z autorów angielskich poza *Wiliamsem* stosowali surowicę *Morton i Stabin* (1928), *Jennings* (1931) i *Robb* (1932), uzyskując również dobre wyniki. Wspomina o nich *Prochnow,* nie podając jednak żadnych bliższych danych.

Spostrzeżenia *Katzensteina,* poczynione w roku 1927 nad działaniem surowicy przeciwokrężnicowej w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, zachęciły autorów niemieckich do podjęcia prób na szerszą skalę. Już pierwsze doniesienie *Kunza* świadczy o bardzo korzystnym działaniu surowicy. Autor posługiwał się wyłącznie surowicą przeciwokrężnicową w 57 przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał 13% śmiertelności, podczas gdy w 62 podobnych leczonych uprzednio przypadkach, w których surowicy nie stosował, śmiertelność wynosiła 25%. W późniejszym doniesieniu, podanym w 1934 roku i obejmującym już 324 przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, leczone przy pomocy surowicy wieloważnej, w skład której wchodziły przeciwciała skierowane przeciw prątkom okrężnicy, enterokokom i beztlenowcom, uzyskana śmiertelność pooperacyjna obniżyła się jeszcze znaczniej, bo do 8,6%.

Henschen (1931) stosował surowicę przeciwzgorzelinową u 21 chorych z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, uzyskując 100% wyleczeń.

Dick (1931) stosował „Peritonitisserum" w 51 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, uzyskując wprawdzie aż 25,54% śmiertelności pooperacyjnej, jednakże śmiertelność uzyskana przez tego autora w podobnych przypadkach w okresie przed stosowaniem surowicy wyrażała się cyfrą 35%.

Reichl (1932) posługiwał się tą samą surowicą w 74 przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, przy czym udało mu się obniżyć śmiertelność, wynoszącą w okresie przed stosowaniem surowicy 36,4% — do 14,8%. Podkreślić jednak należy, że tylko w 38 z pośród tych 74 przypadków przyczyną rozlanego zapalenia otrzewnej była zgorzel i przedziurawienie wyrostka [w pozostałych chodziło o inne przedziurawienia przewodu pokarmowego] i że zginęło tylko 3 z pośród tej kategorii chorych (7,8%).

Balogh (1932), stosując „Peritonitisserum", uzyskał wyleczenie we wszystkich 13 przypadkach ciężkiego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, w których rokowanie zdawało się być beznadziejne. Autor ten przytacza też osobiście mu znane wyniki lecznicze, uzyskane dzię-

ki stosowaniu surowicy przez innych chirurgów. I tak *Sturm* z pośród 25 stracił tylko 2 chorych; *Köhler* nie miał żadnego zgonu na 18 leczonych przypadków zapalenia otrzewnej, wreszcie *Lindenmann* w 8 przypadkach uzyskał wyleczenie dzięki surowicy.

Duval i Ameline (1932), omawiając 752 operowanych przez się przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, z pośród których stracił 67 chorych (śmiertelność = 8,9%), przypisują wielkie znaczenie surowicy przeciwzgorzelinowej, którą, jak twierdzą, stosowali w najcięższych przypadkach.

Stoeger (1932) stosował „Peritonitisserum" w 31 różnorodnych przypadkach zapalenia otrzewnej, przy czym we wszystkich (20) przypadkach, w których przyczyną zapalenia otrzewnej było przedziurawienie wyrostka, uzyskał wyleczenie.

Vincent (1933) nie stracił żadnego z pośród 200 chorych, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, mimo iż trzech z nich w chwili stosowania surowicy przeciwokrężnicowej znajdowało się już w stanie agonii.

Ruemann (1933) leczył przy pomocy „Peritonitisserum" 244 przypadki zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i 124 przypadki, w których zapalenie otrzewnej powstało z innych przyczyn. W przypadkach powyrostkowego zapalenia otrzewnej uzyskał śmiertelność 4,5%, podczas gdy śmiertelność leczonych przezeń przypadków przed okresem stosowania surowicy wynosiła 21,6%. Również w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia niewyrostkowego, dzięki stosowaniu surowicy udało mu się obniżyć odsetek śmiertelności z 38 do 20,9%.

Prochnow (1934) stosował początkowo surowicę przeciwokrężnicową w 33 przypadkach ciężkiego rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, uzyskując 12,1% śmiertelności. W 31 dalszych tego rodzaju przypadkach stosował „Peritonitisserum", przy czym uzyskał niższą jeszcze odsetkę śmiertelności, bo wynoszącą 9,67%. Uzyskana śmiertelność we wszystkich tych 64 leczonych surowicą przypadkach wyrażała się więc cyfrą 10,8%, podczas gdy przed okresem stosowania surowicy autor ten w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego miał 18,5% śmiertelności. Rozpatrując poszczególne przypadki według ciężkości przebiegu klinicznego, za miernik którego uważa czas jaki upłynął od początku choroby do chwili operacji, stwierdza *Prochnow,* że jeśli śmiertelność operowanych przezeń przypadków w pierwszych 48 godzinach choroby w okresie przed stosowaniem surowicy wynosiła 10,34%, to stosując surowicę nie stracił żadnego z tych chorych. W przypadkach bardzo spóźnionych różnica między wynikami uzyskanymi u chorych leczonych i nie leczonych surowicą nie była już tak wybitna. U chorych bowiem operowanych przeciętnie po 92 godzinach od początku choroby, w okresie przed stosowaniem surowicy uzyskał śmiertelność 22,72%, podczas gdy u chorych leczonych surowicą, operowanych jednak nieco wcześniej, bo przeciętnie w 84 godziny od początku choroby, śmiertelność wyrażała się cyfrą 16,6%.

Gundel i Süssbrich (1934), stosując surowicę wieloważną przeciwokrężnicową, przeciwenterokokową i przeciwzgorzelinową, w 17 przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego uzyskali 10,5% śmiertelności.

W roku 1935 donieśli *Weinberg* i *Laquierre* o 40 leczonych surowicą ciężkich przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, z których tylko jeden zakończył się śmiercią. Jak już wspominaliśmy, surowica stosowana ostat-

nio przez *Weinberga* jest wieloważna, składa się bowiem z surowicy przeciwzgorzelinowej, przeciwokrężnicowej, oraz t. zw. „surowicy dodatkowej”, zawierającej ciała skierowane przeciw enterokokom, gronkowcom i innym drobnoustrojom najczęściej spotykanym w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

Szenicer (1934) z Kliniki *Radlińskiego* w przypadku ostrego przedziurawienia wyrostka robaczkowego, operowanego w czwartym dniu choroby, powikłanego żółtaczką, obecnością krwinek w osadzie moczu, zmianami martwiczymi kątnicy, wreszcie obecnością cuchnącego płynu w brzuchu i ropy w przestrzeni zaotrzewnowej, stosował surowicę przeciwokrężnicową w ciągu pięciu dni po zabiegu. Zdaniem *Szenicera* stosowanie surowicy swoistej nie zawsze da się uskutecznić wobec tego, że badanie bakteriologiczne przeciąga się nieraz do dni kilku, i winno się stosować surowicę przeciwokrężnicową gdyż, jak wynika z doświadczenia, prątek okrężnicy sprzyja rozwojowi innych bakterii, to też zablokowanie go może nie dopuścić do rozwoju innych drobnoustrojów.

W rozprawach nad tym przypadkiem, przedstawionym na posiedzeniu T-wa Chirurgicznego Warszawskiego, zabierało głos szereg chirurgów.

Goldstein twierdził, że w podobnych przypadkach stosował z bardzo dobrym wynikiem wielowartościową surowicę przeciwpaciorkowcową. *Zaleski* podkreślał, że surowica przeciwokrężnicowa oddaje nieocenione usługi w sprawach ropnych, szczególnie w ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego i ropniach zatoki Douglasa. W przypadkach zapalenia otrzewnej, w których wlewał do brzucha 40 cm³ surowicy, drugie zaś 40 wprowadzał domięśniowo, po dwu dniach zaś podawał tę samą ilość surowicy, uzyskał zagojenie się rany operacyjnej przez rychłozrost. *Sokołowski* wspomniał, że w bardzo ciężkich sprawach ropnych stosuje surowicę przeciwokrężnicową dożylnie. Wreszcie *Szerszyński* podkreślał, że stosowanie tej czy innej surowicy uzależnić należy w każdym poszczególnym przypadku od rodzaju flory bakteryjnej.

Kossakowski (1935), wspominając o tym, że w szeregu przypadków wlewał do brzucha eter, propidon, dwukrotnie zaś po 20 cm³ surowicy przeciwokrężnicowej, stwierdza, że żadnych wniosków co do wyższości tego lub innego wlanego do brzucha środka wyprowadzić nie może.

Z pośród 27 leczonych przez *Schultzego* (1936) przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego — zmarło 5 chorych. Chodziło o dziecko, operowane w 4-tym dniu trwania choroby, przypadek zapalenia otrzewnej wywołanego przez gronkowce, dalej dwóch chorych dotkniętych cukrzycą, przy czym z ropy pobranej z brzucha jednego z nich wyhodowano obok prątków okrężnicy — dwoinki zapalenia płuc, z ropy zaś drugiego otrzymano czystą hodowlę gronkowca; wreszcie w ostatnim przypadku poza zapaleniem otrzewnej stwierdzono bardzo daleko posunięte roponercze.

Duran (1936) oblicza, że w 5% przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie udaje się usunąć podczas zabiegu chorego wyrostka. W dwu tego rodzaju przypadkach, w których sączkował jamę brzuszną, uzyskał wyleczenie dzięki podawanej surowicy.

Verner (1936) stosował surowicę przeciwzgorzelinową u 38 chorych z ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał 15,8% śmiertelności. Śmiertelność podobnych przypadków w okresie poprzedzającym stosowanie surowicy wynosiła w materiale tego autora 23,8%.

Schmiedt (1936) od czasu stosowania „Peritonitisserum” nie miał ani jednego wypadku śmierci na 75 leczonych w ten sposób przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego.

Nobel w roku 1936 zestawił materiał operacyjny Kliniki *Henschena*, obejmujący 3708 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego za okres ostatnich lat pięciu. W okresie tym w najcięższych przypadkach stosowano surowicę przeciwzgorzelinową, dzięki czemu ogólna śmiertelność wynosiła tylko 1,43%. Natomiast w okresie poprzednim, przed stosowaniem surowicy, w 2591 przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego uzyskano śmiertelność 2,81%. Z pośród 390 leczonych surowicą przypadków, w 123 ciężkiemu obrazowi klinicznemu towarzyszyła zgorzel wyrostka, w 267 natomiast chodziło o przedziurawienie wyrostka, przy czym w 64 z tych przypadków — o rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Z pośród tych ostatnich zmarło 24 chorych, śmiertelność wynosiła więc 37,5%, podczas gdy śmiertelność w 72 podobnych przypadkach z poprzedniego okresu, w którym surowicy nie stosowano, wyrażała się cyfrą 56,9%. Spadek więc śmiertelności pod wpływem surowicy w tych najcięższych przypadkach wynosił 19,4%. Śmiertelność zaś we wszystkich 390 powikłanych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego wyrażała się cyfrą 7,17%.

Z autorów polskich *Wiśniewski* (1937) stosował surowicę przeciwzgorzelinową *P. Z. H.* u 83 z pośród 125 dzieci, dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i uzyskał odsetek śmiertelności 24,1%, tj. o 14% niższy, niż w okresie przed stosowaniem surowicy. Dzięki temu również i ogólna śmiertelność wszystkich dzieci z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego obniżyła się z 12% na 9,5%. Posługiwał się początkowo wyłącznie surowicą przeciwzgorzelinową, potem podawał ją łącznie z surowicą przeciw prątkom okrężnicy, nie ma jednak wrażenia, aby taka surowica mieszana miała działać skuteczniej i przyznaje słuszność *Weinbergowi*, iż w rozlanym ropnym zapaleniu otrzewnej główną rolę odgrywają bakterie beztlenowe. Przyznaje, że stosował zbyt małe dawki surowicy (20 cm^3 dootrzewnowo i 20 domięśniowo) i że surowicę w dniach następnych podawał zbyt rzadko. Mimo to wszakże dzięki surowicy uzyskał wyleczenie $^2/_3$ przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, operowanych w 6 — 7-ym dniu choroby, według opinii *Ombrédanne'a* bezwzględnie straconych. Stwierdzając, że udało mu się na własnym materiale obniżyć w ostatnich czasach dość znacznie śmiertelność w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, podkreśla, że obniżenie to zawdzięcza między innymi stosowaniu surowicy.

Mackowski (1937) stosował surowicę *P. Z. H.* przeciw zapaleniu otrzewnej (przeciwzgorzelinową łącznie z przeciwokrężnicową) w 17 przypadkach zgorzelinowego zapalenia i przedziurawienia wyrostka robaczkowego oraz powyrostkowego zapalenia otrzewnej z cuchnącym wysiękiem, tracąc jednego tylko chorego z paciorkowcowym zapaleniem otrzewnej. Stwierdza przy tym, że zdobyte przez niego doświadczenie jest zbyt małe, aby pozwolić mogło na wyciągnięcie dalej idących wniosków, przekonany jest jednak, że leczenie pooperacyjne doznaje w surowicy nie dającego się w żaden sposób zaprzeczyć poparcia.

Wspominał wreszcie na Zjeździe w roku 1931 o stosowaniu surowicy *T. Ostrowski.* W przypadkach, w których znajdował minimalne zmiany anatomiczne w wyrostku, ogólny zaś stan chorego był bardzo ciężki, widział korzystny wpływ surowic i szcze-

pionek na dalszy przebieg sprawy. Wydaje się wszakże, że większe znaczenie przypisywał szczepionkom, skoro mówi dalej już tylko o napajaniu sączka maścią propideksową i wlewaniu do brzucha bulionu Besredki.

Nie wspominaliśmy jeszcze o tym, że różny był sposób stosowania surowic przez poszczególnych autorów. *Rakowatz, Foisy, Williams, Vincent, Schultze, Verner, Jennings, Mackowski* i inni wprowadzali surowicę domięśniową w ilości od 40 do 100 cm^3 jednorazowo, powtarzając tę dawkę w razie potrzeby, przy czym niektórzy podawali ogółem do 200, 300, a nawet wyjątkowo do 900 cm^3 surowicy. *Kunz, Henschen* i *Reichl* podawali po 25, 75 cm^3 i więcej surowicy domięśniowo i dożylnie. *Clavelin* wprowadzał surowicę wyłącznie dootrzewnowo, *Schmiedt i Wiśniewski* — dootrzewnowo i domięśniowo po 20 do 80 cm^3, *Balogh, Gundel* i *Süssbrich* — dootrzewnowo i dożylnie. Wreszcie *Weinberg, Dick* i *Nobel* — dootrzewnowo i domięśniowo, a niekiedy i dożylnie, wprowadzając jednorazowo po 100 do 200 cm^3 i w razie potrzeby powtarzając tę dawkę.

Pozostają do omówienia wyniki autorów, którzy leczenie surowicą uważają za bezwartościowe. Zestawienie *Oudarda* i *Courrauda* (1925) obejmuje wprawdzie 283 przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, jednakże tylko w 82 chodziło o zapalenie ostre, a surowicę przeciwzgorzelinową stosowano w 2 tylko przypadkach, z których w jednym otrzymano czystą hodowlę prątków okrężnicy.

W jednym przypadku, leczonym przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej przez *Bonnamy* (1927), chory zmarł wskutek powstania mnogich przerzutowych ognisk ropnych. Autor jednak nie tylko nie mówi w jakich dawkach podawał surowicę, lecz nie wspomina również o wyniku badania bakteriologicznego.

Statystyka *Vorschütza* i *Schmechela* z roku 1934 obejmuje wprawdzie 618 przypadków powyrostkowego zapalenia otrzewnej, z których zmarło 11, przy czym w dwu tylko z nich śmierć nastąpiła pomimo podania surowicy. Na podstawie tych dwóch tylko przypadków leczonych surowicą kwestionują autorzy jej wartość.

Kappel (1935) stosował surowicę przeciwokrężnicową i „Peritonitisserum", wstrzykując chorym tylko po ampułce każdej z tych surowic dożylnie po ukończeniu zabiegu, następnie zaś w ciągu dalszych dni pięciu wprowadzał domięśniowo te same ilości surowicy. Mimo jednak, iż widział korzystny wpływ surowicy na ogólny stan chorego — uzyskał bardzo złe wyniki. Z pośród bowiem 86 leczonych surowicą chorych, dotkniętych rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej, stracił 36, (41% śmiertelności), podczas gdy w okresie, w którym surowicy nie stosował, miał mniejszą śmiertelność, bo z pośród 54 stracił tyko 15 chorych (28%). Śmiertelność spostrzegana przez tego autora we wszystkich przypadkach, w których chodziło o przebicie wyrostka robaczkowego, niczym się nie różniła u chorych leczonych i nie leczonych surowicą i wyrażała się cyfrą 22%. Ogólna zaś śmiertelność, uzyskana we wszystkich operowanych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, obniżyła się w ostatnich czasach z 7,9% na 7,29%.

Czterech więc autorów, kwestionujących wartość leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, opiera swe wnioski ogółem na 91 leczonych w ten sposób przypadkach, przy czym trzech z nich rozporządza łącznie tylko 5 przypadkami. Można mieć przy tym poważne zastrzeżenie co do tego, czy leczenie było przez nich przeprowadzone w sposób właściwy. *Weinberg,* rozpatrując przypadki w których leczenie surowicą

nie zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem, stwierdza że część zawodów przypisać należy nieumiejętnemu stosowaniu surowicy, przyczyną zejścia był bowiem wstrząs anafilaktyczny.

Z pośród autorów, którzy sami surowicy nie stosowali, *Schnitzler* twierdzi, że ocena, który z pośród różnorodnych czynników leczniczych odegrał decydującą rolę w utrzymaniu chorego przy życiu, jest bardzo trudna, tym bardziej, że, jego zdaniem, ilość leczonych dotychczas przy pomocy surowicy przypadków nie jest wystarczająca, aby na ich podstawie móc wypowiedzieć się zdecydowanie o wartości seroterapii. Analogia wszakże z innymi schorzeniami czyni, zdaniem *Schnitzlera*, pomyślny wpływ tego leczenia zupełnie prawdopodobnym.

Zestawienie ilości leczonych dotychczas przypadków i uzyskanych wyników przedstawia następująca tablica:

Rok	autor	stosowana surowica	Ilość leczonych przypadków	z nich zmarło	% śmiert.
1919/20	Delbet	S. antigangraenosum	13	1	7,7 %
1921	Cotte	„	1	0	0 %
„	Berard	„	nie podaje		
1923/24	Michel, Rakowatz, Mathieu	„	35	3	8,5 %
1924	Weinberg, Jaquemin	„	96	2	2,07 %
„	Clavelin	S. Vincent - Stodel	19	0	0 %
„	Foisy	„	7	1	14 %
1925	Williams	S. antigangraenosum	18	1	1,17 %
„	Oudard, Courraud	„	2	2	100 %
1927	Bonnamy	„	1	1	100 %
1928	Stabin	„	nie podaje		
1930	Kunz	S. anticoli	57	7	13 %
1931	Henschen	S. antigangraenosum	21	0	0 %
„	Jennings	„	nie podaje		
„	Robb	„	nie podaje		
„	Dick	Peritonitisserum	51	14	25,54 %
„	Ostrowski	nie podaje			
1932	Reichl	Peritonitisserum	38	3	7,8 %
„	Balogh	„	13	0	0 %
„	Sturm	„	18	0	0 %
„	Köhler	„	25	2	8 %
„	Lindenmann	„	8	0	0 %
„	Stöger	„	20	0	0 %
„	Duval, Ameline	S. Weinberg	nie podaje		
1933	Ruemann	Peritonitisserum	244	11	4,5 %
„	Vincent	S. anticoli	200	0	0 %
1934	Kunz	Peritonitisserum	324	28	8,6 %
„	Prochnow	„	64	7	10,8 %
„	Szenicer	S. anticoli	1	0	0 %
„	Goldstein	S. przeciwpaciorkowcowa	nie podaje		
„	Sokołowski	S. anticoli	nie podaje		
„	Zaleski	„	nie podaje		
„	Gundel, Süssbrich	Peritonitisserum	170	18	10,5 %
„	Vorschütz, Schmechel	„	2	2	100 %
1935	Kossakowski	S. anticoli	2	nie podaje	
„	Weinberg, Laquierre	S. Weinberg	40	1	2,5 %
„	Kappel	Peritonitisserum	86	36	41 %
1936	Schultze	S. antigangraenosum	27	5	18,5 %
„	Duran	„	2	0	0 %
„	Verner	„	38	5	15,8 %
„	Schmiedt	Peritonitisserum	75	0	0 %
„	Nobel	S. Weinberg	390	28	7,17 %
1937	Mackowski	„	17	1	5,8 %
„	Wiśniewski	S. antigangraenosum	83	20	24,1 %
		Razem	2208	199	8,7 %

Niewątpliwie surowica przeciw zapaleniu otrzewnej znalazła znacznie szersze zastosowanie, niżby to wynikało z naszego zestawienia. *Weinberg* mówi, że przyjęła się ona w praktyce i jest stosowana przez bardzo wiele zakładów chirurgicznych. Niewielką zaś stosunkowo ilość doniesień o uzyskanych wynikach znajdowanych w piśmiennictwie tym tłumaczy, że wielu chirurgów uważa już ten sposób leczenia za dostatecznie ugruntowany i nie sądzi, by zachodziła potrzeba ogłaszania dalszych spostrzeżeń klinicznych. Podobnie też ujmuje tę sprawę *Papin.*

Tak więc się przedstawiają dotychczasowe wyniki leczenia surowicą, uzyskane w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, jakie znaleźliśmy w dostępnym nam piśmiennictwie. Jeśliby kto na ich podstawie usiłował przeczyć wartości surowicy, dałby tym chyba dowód, że nie umie liczyć.

Pomijając zupełnie przypadki autorów, wyrażających się ogólnikowo o wartości leczniczej surowicy, nie podających jednak ani ilości leczonych przypadków, ani cyfrowo uzyskanych wyników,leczono dotychczas przy pomocy różnych surowic 2208 powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, pośród nich zaś wielką ilość przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, przy czym stracono tylko 191 chorych, ogólna więc śmiertelność tych najcięższych niewątpliwie przypadków (szereg autorów z całym naciskiem podkreśla ich ciężkość, nie brak nawet między nimi i chorych, którym podawano surowicę dopiero w czasie agonii) — wynosi 8,7%.

Krytyka doszukającego się stale dziury w całym, niech przekona fakt, że kilkunastu autorów stwierdza przy pomocy cyfr, iż w takich samych przypadkach bez stosowania surowicy uzyskali poprzednio znacznie gorsze wyniki. Różnica śmiertelności na korzyść leczenia surowicą wyraża się u nich w odsetkach od 6,1% do 19,4%. Podkreślić jednak z naciskiem należy, że wszystkie te cyfry są względnie niskie, a to z tego względu, że autorzy którzy je podają, przed okresem stosowania surowicy mieli stosunkowo niewielką, niższą od przeciętnej, śmiertelność pooperacyjną. Wbrew bowiem opinii tych, którzy obliczenie śmiertelności w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego uważają za niemożliwe, ze względu na bardzo znaczne wahania, w granicach od 11 do 87%, cyfr znajdowanych w najnowszych nawet zestawieniach, śmiertelność tę można obliczyć w przybliżeniu. Śmiertelność uzyskana w latach 1926—31 u cytowanych przez *Michejdę* 12 autorów wynosi 37,7%, ponieważ autorzy ci na ogólną liczbę 822 leczonych przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego stracili 310 chorych. Według zbiorowej statystyki niemieckiej, obliczonej w podobny sposób przez *Kirschnera,* śmiertelność wynosiła 38,9%. Cyfry te odpowiadają wynikom uzyskanym przez *Clairmonta* (37,01%) i mogą być uważane za przeciętną. Odpowiadają też one wynikom uzyskanym przez autorów polskich (*Michejda* — 50%, *Dengel* — 33%, *Jurasz* — 29,8%, *Nowakowski* — 26,6%). Jeśli zaś cyfrę śmiertelności 38% w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego przyjmiemy za przeciętną, to odsetka chorych uratowanych dzięki stosowaniu surowicy wyniesie znów przeciętnie nie 6,13%, ani nawet 19, lecz niemal 30%.

Szczelne zaszywanie brzucha w tych wszystkich przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, w których nie ma ku temu szczególnych przeciwwskazań, mimo iż stanowi jedną z największych zdobyczy chirurgii lat ostatnich, nie rozwiązało jed-

nak niestety ostatecznie sprawy leczenia operacyjnego wszystkich zaniedbanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Uzyskane przez nas do roku 1936 cyfry — 28,5% śmiertelności we wszystkich przypadkach sączkowanych i 47,6% w sączkowanych przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, świadczą o dużych lukach dotychczasowego lecznictwa. Kończąc poprzedni artykuł stwierdzeniem tego faktu, podnosiliśmy, że musimy za wszelką cenę dążyć do uzyskania skutecznych środków zwalczania sprawy ropnej, toczącej się w otrzewnej u chorych, którym nie możemy szczelnie zaszyć powłok brzusznych. Sposób ten upatrujemy w stosowaniu surowicy swoistej przeciw zapaleniu otrzewnej. Wprawdzie pierwsze, omówione w poprzednim artykule nasze próby stosowania surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* w 3 ciężkich przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej, w których po usunięciu wyrostka ze względu na naciek ścian kątnicy musieliśmy pozostawić w brzuchu sączki, zakończyły się niepowodzeniem. Surowicę tę zastosowaliśmy jednak zbyt późno, dopiero w drugim względnie trzecim dniu po zabiegu, wobec pogorszenia się stanu chorych. We wszystkich tych przypadkach spostrzegaliśmy wprawdzie początkowo znaczną poprawę kliniczną, zarówno ustępowanie objawów ogólnych, jak i objawów ze strony jamy brzusznej, poprawa ta jednak była krótkotrwała. W jednym tylko przypadku po podaniu choremu 100 cm³ surowicy poprawa utrzymywała się w ciągu dni pięciu i była tak wybitna, że nawet uważaliśmy chorego za uratowanego, jednakże w 5-tym dniu po wprowadzeniu pierwszej dawki surowicy, a w 7-ym po operacji, wystąpiło tak gwałtowne pogorszenie, że w ciągu 6 zaledwie godzin doprowadziło do zejścia. Na sekcji stwierdzono wielką ilość ropy pośród rozdętych pętli jelitowych. Dziś wiemy, że popełniliśmy szereg błędów, zbyt późno rozpoczynając leczenie surowicą i nie podając choremu dalszych dużych jej dawek w dniach następnych, skoro pierwsza dawka miała wpływ pomyślny.

Nie zrażając się pierwszymi niepowodzeniami zastosowaliśmy surowicę w szeregu dalszych ciężkich przypadków, budzących wielkie obawy. Uzyskane tym razem wyniki przeszły wszelkie nasze oczekiwania. Z trzydziestu kilku wyleczonych w ten sposób przypadków przytaczamy kilka najbardziej charakterystycznych.

Przypadek pierwszy pochodzi z praktyki prywatnej, pozostałe dotyczą chorych szpitalnych.

Przyp. 1.

Chory lat 54, bardzo otyły, wagi 106 kg, leczony od szeregu lat rzekomo z powodu schorzenia wątroby, był operowany podczas ostrego ataku w 20 godzin po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego .

Badanie przeprowadzone bezpośrednio przed zabiegiem wykazało rozlane zapalenie otrzewnej, stwierdzono bowiem znaczne wzdęcie i obronę mięśniową nad całym brzuchem, najsilniejszą w podbrzuszu prawym, silną przeczulicę powłok, ponadto zaś niemożność oddania moczu, zatrzymanie stolca i wiatrów. Chory był bardzo zatruty, a jego stan ogólny źle się przedstawiał: język podsychający, ciepłota ciała 39°, tętno 120/min., miękkie. Stwierdzono wybitną rozedmę płuc i ostry nieżyt oskrzeli; chory kasłał bezustannie, z trudem odpluwając dużą ilość plwociny wyraźnie ropnej, tony serca były bardzo głuche. Leukocytoza wynosiła 25.000. W moczu znaleziono ślad białka i wzmożoną ilość indykanu.

Po otwarciu brzucha w uśpieniu sennarkolowym stwierdzono obecność wolnego płynu ropnego. Otrzewna ścienna i trzewna były wybitnie przekrwione, ściany zaś bardzo krótkiej kątnicy — wyraźnie naciekłe. Przedziurawiony na szczycie wyrostek, grubości kciuka, nie był pokryty siecią; odchodził on ku dołowi i przyśrodkowo od kątnicy i był przyrośnięty do tylnej otrzewnej ściennej. Po usunięciu wyrostka, trudnym zaopatrzeniu jego kikuta i wymaczaniu ropy, pozostawiono w brzuchu rękawiczkę gumową, wprowadzając jej

palce do jamy Douglasa, wyprowadzając zaś brzeg jej mankietu w dolnym biegunie rany. Zaszyto następnie częściowo otrzewnę, kilku szwami powięź, po czym założono trzy szwy sytuacyjne na grube powłoki, w przekonaniu, że w najbliższych dniach po zabiegu, wskutek niewątpliwego ropienia rany operacyjnej, trzeba je będzie i tak puścić.

Chory źle zniósł zabieg. Mimo bezustannego męczącego kaszlu zupełnie nie mógł odpluć zalegającej w drogach oddechowych plwociny, to też w ciągu pierwszych dwu dni miał oddech charczący, jak przy obrzęku płuc, utrzymywała się również sinica. Wobec bardzo złego stanu ogólnego postanowiono wyczerpać wszystkie środki dla ratowania chorego. Już w kilkunaście godzin po zabiegu otrzymał domięśniowo 100 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w ciągu następnej doby dalsze 60 cm^3, w trzecim dniu jeszcze 50 cm^3, ogółem otrzymał więc 210 cm^3 surowicy. Ponadto wstrzykiwano mu duże ilości środków nasercowych. Mimo wszelkich zabiegów, mających na celu zapobiec wystąpieniu zapalenia płuc, w trzecim dniu stwierdzono obecność dwu ognisk odoskrzelowego zapalenia płuc w prawym dolnym płacie. Ogniska te zresztą szybko się cofnęły.

Cały przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki i zupełnie niezwykły. Ciepłota ciała, opadając litycznie, już w czwartym dniu po zabiegu powróciła do normy, nie podnosząc się aż do końca pobytu chorego w szpitalu. W 6-tym dniu odstawiono środki nasercowe. Brzuch przez cały czas nie pozostawiał nic do życzenia. Począwszy od 3-go dnia samoistnie odchodziły wiatry, w 7-ym dniu stolec po wlewie, w 13-tym obfite wypróżnienie po oleju. Opatrunek przemókł silnie wydzieliną ropną tylko w ciągu I-ej doby; w dniach następnych wydzielina z rany była skąpa, coraz skąpsza i miała charakter wyraźnie surowiczy. W 6-tym, 8-ym, 10-ym dniu po zabiegu podciągano rękawiczkę, w 12-ym usunięto ją zupełnie i, wobec braku wydzieliny ropnej z rany, wypełnionej zdrową ziarniną, nałożono opatrunek powierzchowny, po uprzednim wyjęciu trzech szwów skórnych, ponieważ, jak się okazało, zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Chory opuścił szpital w końcu 4-tego tygodnia z raną zupełnie zagojoną. W dwa tygodnie później o własnych siłach wyjechał na południe na okres rekonwalescencji.

Wszystkim lekarzom, którzy widzieli chorego bezpośrednio przed, w czasie i w pierwszych dniach po zabiegu, wydawało się że zejście niepomyślne jest zupełnie przesądzone. Jesteśmy też najgłębiej przekonani, iż wyzdrowienie swe zawdzięcza chory wyłącznie surowicy przeciwzgorzelinowej, i że sączkowanie brzucha, przeprowadzone ze względu na niepewne zaopatrzenie kikuta wyrostkowego i kruchość ścian kątnicy, było zupełnie niepotrzebne.

Już jeden ten przypadek wystarczy, aby przekonać o wartości leczniczej surowicy przeciwzgorzelinowej w przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego największego nawet sceptyka.

Przyp. 2.

Chory lat 24, operowany w 3-im dniu choroby wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. W brzuchu płyn ropny. Usunięto przedziurawiony wyrostek, dotknięty zgorzelą; wobec nacieku ścian kątnicy i podstawy krezki jelita biodrowego w miejscu przylegania do niej wyrostka — pozostawiono w jamie brzusznej sączek, wyprowadzając go w dolnym biegunie rany. Bezpośrednio po zabiegu chory otrzymał domięśniowo 100 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej. Stan ogólny chorego bardzo szybko się poprawił. Ciepłota ciała, wynosząca przed zabiegiem 39,2^0, w drugim dniu opadła do 38^0, w 5-ym — powróciła do normy, tętno ze 140 do 80/min. Gazy odchodziły samoistnie począwszy od drugiego dnia po zabiegu. Zmiany w moczu (ślad białka, pojedyńcze krwinki, leukocyty, wałeczki szkliste i ziarniste) — ustąpiły bez śladu. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Wydzielina surowiczo-ropna z miejsca, w którym tkwił sączek, od początku była skąpa. Chory opuścił szpital w zupełnie dobrym stanie, zagojony i bez dolegliwości po 5 tygodniach.

Przyp. 3.

Chory lat 28, operowany w 3-im dniu ostrego napadu wyrostkowego. W brzuchu znaleziono dużą ilość płynu ropnego. Przedziurawiony i dotknięty zgorzelą wyrostek był ułożony pod kątnicą. Wobec nacieku zapalnego ścian kątnicy — sączkowano łożysko wyrostka. Ze względu na ciężki stan ogólny chorego otrzymał on jeszcze na stole operacyjnym domięśniowo 60 cm^0 surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w dniu następnym dalsze 60 cm^3, w 3-im dniu wreszcie jeszcze 40

cm³. — W 5-ym dniu ciepłota ciała, która przed zabiegiem wynosiła 39°, powróciła do normy. Brzuch przedstawiał się przez cały czas zupełnie prawidłowo. Gazy odchodziły samoistnie. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Chory opuścił szpital w końcu czwartego tygodnia, zagojony i bez dolegliwości.

Przyp. 4.

Chora lat 22, pozostająca w opiece ginekologa z powodu zmian zapalnych prawych przydatków macicznych, wobec nasilania się objawów brzusznych, obrony mięśniowej, wysokiej gorączki i leukocytozy, dochodzącej do 25,000, została skierowana na oddział chirurgiczny w 5-ym dniu choroby. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono obecności płynu wolnego. Przy uwalnianiu jednak przedziurawionego, dotkniętego zgorzelą wyrostka otwarto duży ropień okołowyrostkowy. W miejscu ropnia pozostawiono rękawiczkę gumową, której koniec wyprowadzono w dolnym biegunie rany, po czym, po usunięciu chustek osłaniających wolną jamę brzuszną, częściowo zaszyto powłoki. Aby zapobiec wystąpieniu rozlanego zapalenia otrzewnej wstrzyknięto chorej domięśniowo w czasie zabiegu 60 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* W dniu następnym podano dalsze 60 cm³ surowicy, w 3-im dniu po operacji jeszcze 50 cm³. Wobec ropienia powłok rozwarto je w 3-im dniu po operacji. Poza tym przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany. Brzuch przez cały czas przedstawiał się prawidłowo, gazy odchodziły samoistnie. Sączek usunięto w 4-ym tygodniu i chora opuściła szpital zagojona i bez dolegliwości po 6 tygodniach.

Przyp. 5.

Chora lat 23, operowana w 3-im dniu choroby. Przy przyjęciu ciepłota ciała 38,4°, tętno 120/min. W brzuchu duża ilość wolnego płynu ropnego (wyhodowano zeń prątki okrężnicy i paciorkowce). Przy uwalnianiu dotkniętego zgorzelą przedziurawionego wyrostka otwarto ropień okołowyrostkowy. W miejscu łożyska wyrostka pozostawiono sączek, ranę częściowo zaszyto. Bezpośrednio po zabiegu wstrzyknięto chorej domięśniowo 100 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.*, w dniu następnym dalsze 100 cm³, w trzecim wreszcie dniu, wobec braku poprawy ogólnego stanu chorej, stałego podnoszenia się ciepłoty ciała (do 39°), i szybkości tętna — jeszcze 80 cm³ surowicy wielowartościowej „Peritosan” Klawego.W 4-tym dniu ciepłota ciała opadła do 37,5°, w 6-ym, po rozwarciu rany, powróciła do normy. Dalszy przebieg gładki.

Przyp. 6.

Chory lat 7, operowany w 3-im dniu choroby wśród objawów rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Stan ogólny był ciężki; ciepłota ciała wynosiła 38,4°, tętno drobne, miękkie, 120/min., język suchy. Przy otwieraniu brzucha w uśpieniu ewipanowym, stwierdzono nacieczenie zapalne powięzi brzusznych i otrzewnej. W wolnej jamie brzusznej dużo gęstej ropy, silnie cuchnącej. Ściany kątnicy naciekłe, pętle jelita cienkiego rozdęte, pokryte nalotami włóknikowymi i posklejane ze sobą. Usunięto wyrostek w stanie zgorzeli, przedziurawiony w połowie długości, pozostawiając sączek w miejscu jego łożyska. Po częściowym zaszyciu powłok wstrzyknięto dziecku domięśniowo 80 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* Wobec nitkowatego, niezliczalnego tętna wprowadzono podskórnie fizjologiczny rozczyn soli i podawano duże ilości środków nasercowych. W dniu następnym ciepłota ciała wynosiła 38,2°, tętno powyżej 120/min., brzuch był silnie wzdęty, język podsychający. Wobec tego, iż wygląd ropy znalezionej w brzuchu w czasie zabiegu świadczył niewątpliwie o zakażeniu prątkiem okrężnicy, podano dziecku w 24 godziny po zabiegu dalsze 80 cm³ wielowartościowej surowicy „Peritosan” Klawego. Nazajutrz ciepłota opadła do 38°, tętno do 100/min., wiatry odeszły samoistnie i poprawił się wygląd dziecka. Wieczorem raz jeszcze podano 40 cm³ „Peritosanu”. Ciepłota opadła do 37,2° i stan ogólny dziecka nie budził już żadnych obaw. W 4-ym dniu po zabiegu rozwarto powłoki; wydzielina ropna była dość obfita, brzuch jednak przedstawiał się zupełnie prawidłowo. W 7-ym dniu spadek ciepłoty do normy, w 9-ym wytworzenie się przetoki kałowej. Dalszy przebieg bez powikłań.

Przyp. 7.

Dziecko lat 7, przywiezione w drugim dniu choroby w gorsecie gipsowym, założonym przed dwoma miesiącami z powodu złamania kręgosłupa. Ze względu na gwałtowne bóle brzucha i uporczywe wymioty podano w dniu po-

przednim środek przeczyszczający. Po zdjęciu gorsetu stwierdzono silne wzdęcie, rozlaną bolesność i obronę mięśniową nad całym brzuchem. Dziecko, mimo normalnej ciepłoty ciała, miało 150 tętna na minutę, było niespokojne, blade, język miało wybitnie suchy. Po otwarciu brzucha w uśpieniu ewipanowym stwierdzono dużą ilość wolnego płynu ropnego, cuchnącego, z którego wyhodowano w dniach następnych beztlenowce i paciorkowce. Pętle jelita cienkiego były rozdęte, przekrwione i pokryte nalotami włóknikowymi. Kątnica naciekła; dotknięty zgorzelą, przedziurawiony wyrostek, częściowo był pokryty siecią. W miejscu łożyska wyrostka pozostawiono rękawiczkę gumową, której koniec wyprowadzono w dolnym biegunie rany. Dziecko otrzymywało „Peritosan" Klawego w ciągu trzech dni. Pierwsze 80 cm³ wstrzyknięto domięśniowo i to jeszcze w uśpieniu, dalsze 80 i 60 cm³ po 24 i 48 godzinach. Stan dziecka bardzo groźny w ciągu drugiej doby (tętno ponad 170/min., potem niezliczalne, brzuch silnie wzdęty), w trzecim, a zwłaszcza w czwartym dniu po operacji poprawił się znacznie; tętno opadło do 120/min., w następnym zaś dniu wynosiło już tylko 92/min., gazy odchodziły samoistnie. Ciepłota ciała powróciła do normy w 6-tym dniu choroby. Dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki.

Podobnych obserwacyj moglibyśmy przytoczyć znacznie więcej, uważamy to jednak za zbędne. Od 6 miesięcy, odkąd stosujemy na oddziale surowicę przeciwzgorzelinową *P. Z. H.*, względnie „Peritosan" Klawego we wszystkich ciężkich przypadkach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i w przypadkach ropni okołowyrostowych, otwartych w czasie usuwania wyrostka, a tego rodzaju przypadków mieliśmy 36, nie zginął ani jeden chory. Ponieważ zaś śmiertelność w tego rodzaju przypadkach wynosiła dotychczas przeciętnie w naszym materiale 18,4%, musimy wprowadzone leczenie surowicą uważać za wielki postęp, niewątpliwie godny naśladowania. Nie spodziewamy się bynajmniej, aby surowica przeciwzgorzelinowa względnie „Peritosan", stosowane wcześnie i w dużych dawkach, pozwoliły sprowadzić do zera śmiertelność pooperacyjną we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanych rozlanym zapaleniem otrzewnej, względnie wytworzeniem się ropnia okołowyrostkowego. Tego rodzaju wniosek nie tylko byłby przedwczesny, ale zgoła nieprawdopodobny. Przede wszystkim na przypadki bardzo spóźnione, w których mamy już do czynienia z porażeniem systemu naczyniowego, leczenie to nie może okazać korzystnego wpływu. Mieliśmy o tym sposobność poprzednio kilkakrotnie się przekonać, stosując surowicę w późnych okresach rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w kilka dni po zabiegu, kiedy stan chorego coraz bardziej się pogarszał i niepomyślne zejście było już przesądzone. że jednak i w tego rodzaju przypadkach surowica sprowadzić może chwilową, wydawałoby się znaczną nawet poprawę, świadczy o tym przypadek, o których wspominaliśmy.

Stosowaliśmy dalej surowicę w przypadkach, w których zapalenie otrzewnej wystąpiło dopiero w przebiegu pooperacyjnym.

Przypadek pierwszy dotyczył 46 letniej chorej, operowanej z powodu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Po usunięciu dotkniętego zgorzelą i przedziurawionego wyrostka, ułożonego w kącie między ostatnią pętlą jelita biodrowego a kątnicą, wobec zmian zapalnych ścian kątnicy i krezki jelita biodrowego, pozostawiono sączek w miejscu łożyska wyrostka, zaszywając następnie częściowo powłoki. Z ropy pobranej z brzucha wyhodowano prątki okrężnicy. Posiewów w kierunku obecności beztlenowców nie przeprowadzono. Ze względu na dobry ogólny stan chorej, nie przyspieszone tętno, niską ciepłotę ciała, zaniechano podania surowicy bezpośrednio po zabiegu. Ciepłota już w 5-ym dniu po operacji opadła do normy i stan ogólny chorej nie pozostawiał nic do życzenia. Zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost, z miejsca zaś w którym tkwił sączek, wydzielała się niewielka ilość treści ropnej. W 12-ym dniu jednak po operacji chora zagorączkowała nagle do 39°, skarżąc się na bóle brzucha, utrudnienie odchodzenia gazów i częste moczenie. W moczu stwierdziliśmy po kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia. Rana poope-

racyjna nadal przedstawiała się zupełnie prawidłowo, z dolegliwości zaś odczuwanych przez chorą pozostało tylko częste moczenie. Przedmiotowo stwierdziliśmy w tym czasie wytworzenie się guza zapalnego nad spojeniem łonowym, którego nie udało się wyczuć przy badaniu przez odbytnicę. W 27-ym dniu po operacji wystąpiły nagle gwałtowne bóle brzucha o charakterze początkowo napadowym, potem stałym. Bóle rozpoczęły się w podbrzuszu, wkrótce jednak objęły całą jamę brzuszną. Ciepłota ciała podniosła się do 39,5°, tętno do 120/min. Przy badaniu stwierdzono zaostrzenie rysów twarzy, wybitną suchość języka, znaczne wzdęcie i rozlaną bolesność brzucha. Nie udało się wyczuć obecności guza, znajdowanego dotychczas nad spojeniem łonowym. Nie stwierdzono też ani stawiania się pętli jelitowych, ani objawów płynu wolnego w brzuchu, ani obniżenia się jamy Douglasa. Myśląc początkowo o niedrożności ze względu na napadowy charakter bólów, przeprowadzono badanie rentgenowskie po wlewie konstrastowym. Badanie to wyłączyło istnienie niedrożności mechanicznej, zdawało się natomiast świadczyć o porażennej niedrożności jelit. Leukocytoza wynosiła 19,500. W moczu o oddziaływaniu zasadowym stwierdzono ślad białka, w osadzie zaś liczne leukocyty. Ponieważ ogólny stan chorej pod wpływem hipodermokliz, kilkakrotnego podawania atropiny z papaweryną i prostigminy zupełnie się nie poprawiał, gazy nie odchodziły, bębnica i rozlana bolesność brzucha wzrastały i wygląd chorej coraz więcej budził obaw, rozpoznaliśmy w dniu następnym rozlane zapalenie otrzewnej, powstałe wskutek przebicia do brzucha ropnia wytworzonego uprzednio między pętlami jelit nad spojeniem łonowym i postanowiliśmy uciec się do surowicy. Chora otrzymała domięśniowo 60 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej, nazajutrz dalsze 90, wreszcie w trzecim dniu 60 cm³. Stan ogólny i miejscowy chorej poprawił się już po pierwszym wstrzyknięciu surowicy; w trzecim dniu brzuch był już zupełnie płaski, miękki i nad spojeniem łonowym, nieco więcej ku stronie lewej, można było znów wyraźnie przez powłoki wyczuć guz, większy nieco niż poprzednio. Ciepłota ciała opadła do normy, leukocytoza do 11.000, samopoczucie chorej stało się zupełnie dobre i utrzymywały się tylko nadal przez czas pewien dolegliwości pęcherzowe. Guz ten znikł wreszcie po pewnym czasie.

W *przypadku drugim* chodziło o chorą lat 23, przyjętą do szpitala z powodu nacieku okołowyrostkowego. Naciek cofnął się wprawdzie po kilku tygodniach, chora jednak co pewien czas miewała zaostrzenia sprawy: bóle brzucha, wyskoki ciepłoty i dość silną bolesność uciskową okolicy kątnicy. Wobec tego, że w ciągu trzechmiesięcznej obserwacji kilkakrotnie spostrzegano tego rodzaju zaostrzenia sprawy, a prześwietlenie przewodu pokarmowego wykazało obecność w wyrostku ciała obcego, prawdopodobnie pestki, przystąpiono w początku czwartego miesiąca pobytu chorej w szpitalu do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono żadnych śladów po nacieku. Wyrostek długi, nie wykazujący zrostów z otoczeniem, ani podostrych zmian zapalnych, usunięto. — Ciepłota ciała podniosła się w dniu zabiegu do 38°, w dniach następnych utrzymywały się stany podgorączkowe. Ogólny stan chorej w ciągu pierwszych 4 dni był dobry, język wilgotny, brzuch miękki, gazy odchodziły samoistnie. W 5-ym dniu po operacji obraz nagle zmienił się nie do poznania. Chora rano zaczęła się skarżyć na coraz to silniejsze bóle brzucha i zatrzymanie wiatrów. Wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 38,5°, tętno do 120/min., język stał się suchy, ze względu zaś na bardzo znaczne wzdęcie brzucha i rozlaną jego bolesność uciskową oraz obronę mięśniową, wreszcie zły wygląd chorej, zaostrzenie rysów twarzy, nudności i podniecenie — z przerażeniem doszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej. Pamiętając ze smutnego doświadczenia, jak beznadziejnie przedstawiają się przypadki zapalenia otrzewnej, występującego w przebiegu pooperacyjnym przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, uważaliśmy chorą za straconą i bez przekonania uciekliśmy się do surowicy, jako ostatniej deski ratunku, niewiele się wszakże po niej spodziewając. Wstrzyknięto domięśniowo 100 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej *P. Z. H.* Już nazajutrz rano przekonaliśmy się o znacznej poprawie stanu chorej: ciepłota ciała opadła do 37,8°, tętno do 100/min., wiatry odeszły, brzuch okazał się mniej wzdęty, mniej na ucisk tkliwy, język mniej suchy. Zmniejszyły się też bóle brzucha i niepokój chorej. Wobec tak niewątpliwej poprawy podaliśmy chorej dalsze 80 cm³ surowicy. W dniu następnym stan chorej przedstawiał się już zupełnie dobrze. Ciepłota ciała opadła do 37,5°, tętno do 80/min., język był wilgotny, brzuch płaski, niebolesny, gazy odchodziły samoistnie, bóle zupełnie ustąpiły. Stany podgorączkowe utrzymywały się jednak nadal, wytworzył się naciek nad prawym talerzem biodrowym i w 4-ym tygodniu otwarliśmy wielki ropień.

Obydwa te przypadki mogły budzić pewne zastrzeżenia co do tego, czy mieliśmy do czynienia z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej. Rzeczywiście rozpoznanie nie zostało potwierdzone na stole operacyjnym (schorzenie wystąpiło w pewien czas po zabiegu), a na szczęście i sekcyjnym, i zadowolnić się musimy rozpoznaniem klinicznym. W obydwu przypadkach obraz kliniczny, pogarszający się z godziny na godzinę, był jednak tak typowy, że dla nas, którzyśmy to obserwowali, żadnych wątpliwości być nie może. Jesteśmy głęboko przekonani, że obydwa przypadki bez zastosowania surowicy przeciwzgorzelinowej zakończyłyby się fatalnie. Jest to jeszcze jeden dowód wielkiej wartości leczniczej tej surowicy — i jeszcze jedno wskazanie do stosowania surowicy. W tego rodzaju przypadkach byliśmy dotychczas zupełnie bezsilni i traciliśmy wszystkich chorych bez wyjątku.

W jednym przypadku zastosowaliśmy surowicę wieloważną „Peritosan" Klawego pragnąc zapobiec wystąpieniu zapalenia otrzewnej. Chodziło o 29 letnią chorą z prawostronnym roponerczem, powikłanym wytworzeniem się przetoki w linii pachowej tylnej poniżej XI żebra. Wobec cienkości ścian torbieli z jednej strony, z drugiej zaś — mocnego przylegania otrzewnej do ścian miedniczki nerkowej, w czasie zabiegu, który przedstawiał wielkie trudności techniczne, zaszło podwójne powikłanie: pękła torbiel roponercza i otwarta została otrzewna. Otwór w otrzewnej zaszyto, ranę powstałą po usunięciu roponercza sączkowano, chorej zaś, silnie wyniszczonej, która bardzo źle zniosła zabieg operacyjny, poza infuzją dożylną i środkami nasercowymi wstrzyknięto 100 cm^3 surowicy domięśniowo. W dniu następnym podano jej dalsze 100 cm^3 surowicy. W 4-ym dniu po zabiegu spadek ciepłoty do normy. Przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany. Uniknęliśmy więc zapalenia otrzewnej, którego szczególnie obawialiśmy się. Prawdopodobnie zawdzięczamy to podanej surowicy, choć dowieść tego nie ma sposobu.

Tę samą surowicę stosowaliśmy w przypadku ropnego zapalenia otrzewnej niewyjaśnionego pochodzenia. Chodziło o 12-letniego chłopca, operowanego w 3-im dniu choroby. Po otwarciu brzucha stwierdzono obecność dużej ilości wolnego płynu mętnego. Punktu wyjścia sprawy nie udało się wykazać. Usunięto więc wyrostek, nie wykazujący właściwie nawet podostrych zmian zapalnych, po czym powłoki brzuszne zaszyto szczelnie. W ciągu pierwszych trzech dni po zabiegu stan chorego stale się pogarszał. Ciepłota ciała dochodziła wprawdzie tylko do 38^0, tętno było jednak szybkie, powyżej 120/min., dziecko stale było niespokojne, wymiotowało, brzuch miało silnie wzdęty. Wobec pogarszania się stanu ogólnego, narastania objawów otrzewnowych i wykazania obecności enterokoków w płynie ropnym, pobranym z otrzewnej, wstrzyknięto dziecku domięśniowo 60 cm^3 „Peritosanu" w trzecim dniu po zabiegu, a w dniu następnym dawkę tę powtórzono. Dziecko zagorączkowało wprawdzie do $41,8^0$ stan jednak miejscowy i ogólny uległ nagłej poprawie, objawy otrzewnowe znikły, ciepłota ciała rychło opadła do normy, zapalenie zaś prawej ślinianki przyusznej, które zjawiło się w międzyczasie, nie przybrało charakteru ropnego, lecz ustąpiło pod wpływem leczenia zachowawczego.

Niewątpliwie wielokrotnie spostrzegane korzystne działanie surowicy przypisać musimy jej własnościom odtruwającym. Ujawniało się ono już wkrótce po podaniu surowicy. Poprawiał się wygląd i stan chorego, znikała „facies abdominalis"; uderzało to szczególnie u chorych, u których tego rodzaju poprawy już nie spodziewa-

liśmy się. Tętno zwalniało, gorączka opadała wcześnie, czynność zaś jelit rychło wracała do normy. *Spitzer* stwierdzał ponadto u tych chorych charakterystyczne zmiany w obrazie krwi: ustępowało przesunięcie wzoru Schillinga w lewo i zwiększała się znacznie ilość monocytów. Leczenie surowicą nie pozostało również bez wpływu na gojenie się rany operacyjnej; ropienie rany w przypadkach sączkowanych było znacznie mniejsze niż normalnie, wskutek czego czas leczenia szpitalnego chorych ulegał znacznemu skróceniu. Z tych też względów nie wahaliśmy się przeprowadzać tego leczenia u chorych szpitalnych, mimo dość znacznych związanych z nim kosztów (przeciętnie około 50 zł). Koszty te zresztą w naszych warunkach są niemal dwukrotnie mniejsze od kosztów związanych z przetaczaniem krwi.

Jeśli chodzi o wskazania do leczenia surowicą, to sam *Weinberg* polecał jej stosowanie nie tylko u chorych operowanych, lecz również w tych spóźnionych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, w których mimo burzliwych objawów ze względu na ograniczanie się toczącej się w brzuchu sprawy nie decydujemy się już na zabieg i zajmujemy stanowisko wyczekujące; twierdził przytem, że niejednokrotnie widział w tego rodzaju przypadkach pomyślny wpływ surowicy na dalszy przebieg choroby. Wreszcie, poza przypadkami zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej, stosowano surowicę z mniej pomyślnym skutkiem u chorych, u których zapalenie otrzewnej powstało wskutek przedziurawienia innych odcinków przewodu pokarmowego.

Polecano ją wreszcie stosować zapobiegawczo przy dużych zabiegach na żołądku i jelitach. *Papin* twierdzi, że posługuje się nią stale przy wszystkich zabiegach przeprowadzanych na pęcherzu, w szczególności przy wyłuszczaniu sterczu drogą nadłonową.

Wyniki dotychczas przez nas uzyskane w tak różnorodnych przypadkach, które przytoczyliśmy dla wykazania zarówno leczniczych, jak zapobiegawczych możliwości surowicy przeciwzgorzelinowej, względnie surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej, nie pozostawiają właściwie nic do życzenia. Nie łudzimy się jednak ani przez chwilę, że leczenie surowicą przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego pozwoli sprowadzić śmiertelność ich do zera. Podobnie zapatruje się na tę sprawę *Weinberg*. Podkreślając, że uzyskane wyniki znacznie przeszły najśmielsze nawet pierwotne jego oczekiwania, w wielkiej bowiem większości powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego wprowadzone przezeń surowice okazały się bardzo skuteczne, uważa a priori za niemożliwe wyleczenie w ten sposób wszystkich przypadków z tego przede wszystkim względu, iż zdarzać się od czasu do czasu muszą zakażenia ciężkie, wywołane przez jeden z mikrobów, przeciw którym surowica nie zawiera niweczników.

Przy każdym leczeniu surowicą szereg czynników odgrywa ważną rolę i ma decydujący wpływ na to, czy leczenie to okaże się skutecznym. Na podstawie zdobytego doświadczenia klinicznego nie trudno też ustalić warunków, jakich w przypadkach zapalenia otrzewnej przestrzegać należy dla uzyskania dobrych wyników leczniczych.

Z ogólnego zestawienia wszystkich dotychczas leczonych przypadków wynika, że wprawdzie wszystkie stosowane surowice okazały się skuteczne, mniejszą jednak śmiertelność uzyskano w przypadkach, w których stosowano surowicę mieszaną, niż w tych, w których podawano chorym wyłącznie surowicę przeciwzgorzelinową. Róż-

nica ta jest wprawdzie nie wielka, a obliczenie może być nie zupełnie ścisłe z tego względu, że znacznie, niemal dwukrotnie większą ilość przypadków leczono przy pomocy surowicy mieszanej, niż przeciwzgorzelinowej. Świadczy to jednak równocześnie o tym, że surowica mieszana, skierowana zarówno przeciw beztlenowcom, jak i szeregu tlenowców, więcej wszystkim przemawia do przekonania. Różnorodność flory bakteryjnej, znajdowanej w chorym wyrostku i w płynie ropnym, pochodzącym z jamy brzusznej była przy tym przyczyną, że chirurdzy uciekali się w tych przypadkach do różnych surowic leczniczych, z tych czy innych względów uważanych przez nich za najwłaściwsze. W wyborze zresztą tej czy innej surowicy swoistej wyjątkowo tylko kierowano się wynikiem badania bakteriologicznego ropy, nie tylko dlatego, że nie każda pracownia szpitalna pozwolić sobie mogła na hodowlę bakterii beztlenowych, lecz głównie z tego względu, że nie w każdym przypadku ropnego zapalenia otrzewnej decydowano się czekać dni kilka na wynik badania. Szereg zresztą autorów tłumaczy uzyskane zawody tym właśnie, że stosowana przez nich surowica nie zawierała niweczników, skierowanych przeciw drobnoustrojom, które były przyczyną zapalenia otrzewnej w poszczególnych przypadkach.

Warunkiem pierwszorzędnej wagi jest możliwie wczesne podanie surowicy. Niewątpliwie większość niepomyślnych wyników leczenia surowicą ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego przypisać należy zbyt późnemu rozpoczęciu leczenia swoistego. Surowica może się okazać skuteczna tylko w tym okresie zatrucia ustroju, kiedy związek między toksynami a komórkami jest jeszcze luźny i odwracalny, kiedy jeszcze nie nastąpiła śmierć komórki. Wprawdzie szereg autorów podnosi, że udało im się dzięki dużym dawkom surowicy wyleczyć szereg przypadków bardzo spóźnionych, nawet chorych znajdujących się już w agonii. Niewątpliwie też w przypadkach tych skutek leczenia jest najefektowniejszy i najbardziej przekonywujący nawet dla sceptyków. Inni wszakże byli w podobnych przypadkach mniej szczęśliwi i tym tłumaczą uzyskane zawody, twierdząc, że na przypadki bardzo spóźnione surowica nie okazuje większego wpływu *(Prochnow)*. Przemawiają za tym również wyniki naszych dawniejszych doświadczeń — czas, w którym stosowaliśmy surowicę, decydował o wyniku. Stąd konieczność jaknajwcześniejszego stosowania surowicy. O słuszności takiego ujęcia sprawy świadczą również badania doświadczalne *Perrando,* które wykazały ponad wszelką wątpliwość, że czas, w jakim zastosowana została surowica, w bardzo znacznym stopniu odbijał się na uzyskanych wynikach. Wielu autorów zupełnie słusznie poleca rozpocząć leczenie surowicą jaknajwcześniej, jeszcze na stole operacyjnym, z tego również względu, że tylko uśpienie zapobiega zupełnie pewnie wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego po wprowadzeniu dużej ilości surowicy.

Również sposób stosowania surowicy nie powinien pozostawać bez wpływu na wynik leczenia; na podstawie jednak wyników, uzyskanych przez poszczególnych autorów, niepodobna wyciągnąć wniosku o tym, jaki sposób stosowania surowicy jest najlepszy. Większość, jeśli liczyć i tych, którzy równocześnie wprowadzali surowicę do ustroju chorego różnymi drogami, wstrzykiwała ją domięśniowo. Sposób ten, tam gdzie chodzi o podanie dużej dawki surowicy, wydaje się nam najracjonalniejszy. Zdania jednak poszczególnych autorów co do tego, jaki sposób stosowania surowicy jest najlepszy, nie

brzmią bynajmniej zgodnie. Jedni wprowadzają ją dootrzewnowo, inni podają dożylnie, domięśniowo, względnie podskórnie. Myśląc o szkodliwym miejscowym wpływie na ściany jelit znajdującego się w otrzewnej wysięku ropnego zawierającego beztlenowce, chciano przede wszystkim unieszkodliwić zarazki, związać wydzielane przez nie jady w miejscu ich wytwarzania się. Praktycznie rzecz biorąc, wlewanie surowicy do otrzewnej mogłoby mieć pewne uzasadnienie w tych tylko przypadkach, w których zaszywamy szczelnie powłoki brzuszne. W przypadkach bowiem sączkowanych narażamy się na to, że większą część surowicy wchłonie i odprowadzi sączek. Ponieważ zaś najczęściej stosujemy surowicę w sączkowanych przypadkach zapalenia otrzewnej, jako najcięższych i dających najgorsze rokowanie, sposób ten przeważnie w grę wchodzić nie może. Możnaby wysunąć zresztą pewne zastrzeżenia również co do tego, czy i w przypadkach, w których szczelnie zaszywamy powłoki brzuszne, wlewać należy do brzucha większą ilość płynu, chociażby nawet działającego leczniczo, skoro płyn ten z niewątpliwie nie mniej korzystnym skutkiem wprowadzić możemy do ustroju na innej drodze.

Sprawa zależności między sposobem wprowadzania surowicy, a jej działaniem na ustrój była już poruszona w piśmiennictwie. Skuteczność działania surowicy przeciwbłoniczej w zależności od sposobu wprowadzenia jej do ustroju określił *Berghaus*. Obliczył on, że surowica wstrzyknięta dożylnie działa 500 razy silniej, niż podana podskórnie i 90 razy silniej, niż wprowadzona domięśniowo. Jeśliby spostrzeżenia *Berghausa,* dotyczące surowicy przeciwbłoniczej, miały się okazać słuszne i dla innych surowic, należałoby w najcięższych przypadkach uciekać się do dożylnego wprowadzania surowicy, zachowując przy tym oczywiście wszystkie środki ostrożności, w celu uchronienia chorego przed wstrząsem anafilaktycznym. Wiadomo, że niebezpieczeństwo wstrząsu tym jest większe, im więcej wprowadzamy surowicy dożylnie. Po wstrzyknięciu 100 cm^3 surowicy spostrzegano wstrząs w 50% przypadków, po 200 cm^3 — we wszystkich. Uprzednie wstrzyknięcie 1 cm^3 surowicy w celu odczulenia chorego nie zabezpiecza niestety pewnie przed wstrząsem. Stwierdzono natomiast ponad wszelką wątpliwość, że w powstawaniu wstrząsu anafilaktycznego olbrzymią rolę odgrywa pobudliwość układu nerwowego. Po wstrzyknięciu choremu dużych nawet ilości surowicy w uśpieniu ogólnym nigdy nie spostrzegano objawów wstrząsu, podczas gdy nawet po wstrzyknięciu dożylnym niewielkich ilości surowicy bez uśpienia — widywano zejścia śmiertelne. Uśpienie ogólne jest więc zatem tym czynnikiem, który w sposób zupełnie pewny chroni przed wystąpieniem wstrząsu. Wynika stąd, że należy wstrzykiwać surowicę pod koniec zabiegu, kiedy chory znajduje się jeszcze w uśpieniu. W okresie pooperacyjnym można już bezpiecznie wprowadzać dalsze dawki surowicy bez obawy wywołania wstrząsu, gdyż pierwsza dawka wprawia już chorego w stan antianafilaksji (ananafilaksji). W warunkach tych więc w przypadkach ciężkich można nawet wprowadzać surowicę dożylnie. To też wielu autorów, przyjmując że skuteczność działania odtruwającego surowicy pozostaje w stosunku prostym do jej stężenia, uważa za najwłaściwszą drogę dożylną, twierdząc, że w ten sposób najłatwiej zadziałać można na krążące we krwi jady bakteryjne. W większości jednak przypadków zupełnie wystarcza bardziej bezpieczne wstrzykiwanie domięśniowe. Postępowaliśmy w ten sposób u wszystkich na-

szych chorych, uzyskując nawet w najcięższych przypadkach dobre wyniki.

Nieporównanie większe znaczenie od sposobu podania surowicy posiada stosowanie odpowiednich jej dawek. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń odnosi się wrażenie, że znaczną część zawodów przypisać należy wprowadzeniu niedostatecznej ilości surowicy. Ostrożne dawkowanie, zrozumiałe w zaraniu seroterapii zapalenia otrzewnej, obecnie zastąpione być winno przez podawanie dużych dawek surowicy, niezbędnych dla zwalczenia tak ciężkiego zakażenia i sprawy tak rozległej, jak rozlane ropne zapalenie otrzewnej. Jeśli jednak o potrzebną dawkę chodzi, to napróżno doszukiwalibyśmy się w piśmiennictwie zgodności. Widocznie leczenie surowicą rozlanego zapalenia otrzewnej nie przyjęło się jeszcze na tyle, aby jego zasady można było uważać za zupełnie ustalone. Sprawa zawodów leczenia surowicą przypadków spóźnionych niewątpliwie częstokroć pozostaje w związku z podaniem niedostatecznej ilości surowicy. Wynika stąd konieczność stosowania dużych dawek w leczeniu zapalenia otrzewnej. Potwierdzenie tego, że surowica podana tylko w dostatecznie dużych ilościach może być skuteczna, znajdujemy w doświadczeniach *Chiariego* i *Kunza.* Z doświadczeń tych wynika, że te tylko z pośród świnek morskich, którym wstrzyknięto dootrzewnowo hodowlę b. perfringens udało się utrzymać przy życiu, które otrzymały równocześnie dostateczną ilość surowicy. Wynika to również z naszych dawniejszych doświadczeń i z doświadczeń szeregu autorów, którzy nie wyciągnęli z nich jednak właściwego wniosku. *Wiśniewski* stwierdza, że uzyskał lepsze wyniki lecznicze u małych dzieci, niż u dzieci starszych powyżej lat pięciu. Wszystkim wszakże dzieciom podawał po 40 cm^3 surowicy przeciwzgorzelinowej. Nic dziwnego, że surowica okazała się bardziej skuteczna u dzieci młodszych, niż u straszych. Dawka stosowana przez *Wiśniewskiego* wystarczała widocznie do zwalczania zakażenia u małych dzieci, okazała się natomiast niewystarczająca dla dzieci starszych. *Weinberg* poleca podawać dorosłym jednorazowo 60 — 80 cm^3 surowicy. Inni podają naraz jeszcze większe ilości. Nie można bowiem, z powodu braku czasu na podobne eksperymenty, wprowadzać początkowo małej dawki i powiększać ją w razie potrzeby. *Bazy* twierdzi, że tylko stosowanie od początku dużych dawek surowicy pozwala najlepiej opanować zakażenie i uniknąć t. zw. „adaptacji bakterii”, zjawiska niezmiernie ciekawego, tłumaczącego fakt na pozór zgoła niezrozumiały, dlaczego np. przy ogólnym zakażeniu paciorkowcowym, dzięki wprowadzeniu niewystarczającej dla wyleczenia dawki surowicy, udaje się uniknąć rychłej śmierci chorego, ginie on jednak mimo przejściowej pozornej poprawy po pewnym czasie.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika dalej, że jednorazowa duża nawet dawka nie wystarcza do opanowania sprawy chorobowej. Mieliśmy niestety sposobność przekonania się o tym z przykrością przy pierwszych próbach stosowania surowicy. Wielu autorów podnosi, że w razie potrzeby powtarza pierwszą dawkę nazajutrz, lub po dwu dniach, względnie podaje surowicę nawet kilkakrotnie. Ocena jednak potrzeby powtórnego podania surowicy nie jest widocznie łatwa, skoro wobec uzyskania niezwykłej poprawy w jednym z pierwszych leczonych przez nas przypadków, ograniczyliśmy się do jednej tylko dawki, wskutek czego straciliśmy chorego. Odtąd też z reguły wprowadzamy surowicę w odstępach 24-godzinnych, przeważnie trzykrotnie, do czasu ustąpienia wszystkich groźnych objawów i uzyskania

znacznej poprawy ogólnego stanu chorego, i leczenie surowicą uważamy za skończone dopiero wtedy, gdy już jesteśmy zupełnie pewni, że tocząca się w otrzewnej sprawa została opanowana i choremu nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Podnieść wreszcie należy, że leczenie surowicą przy przestrzeganiu od dawna ustalonych reguł nie kryje w sobie właściwie żadnych niebezpieczeństw dla chorego. W żadnym z leczonych przez nas przypadków nie spostrzegaliśmy wstrząsu anafilaktycznego, o którym wspomina *Weinberg*, jako o przyczynie śmierci w części przypadków leczonych przez różnych autorów, nawet mimo iż nie wszystkim chorym wprowadziliśmy pierwszą dawkę surowicy w czasie uśpienia. Choroba posurowicza wystąpiła tylko u dwu naszych chorych. Nie stanowi ona jednak powikłania, z którym należałoby się liczyć. Jak na to bowiem zwrócił uwagę *Kostrzewski*, niesłusznie była ona dawniej uważana za objaw niepożądany i nieuniknione częstokroć powikłanie, ponieważ nie zawsze przynosi ustrojowi szkodę. Niejednokrotnie miała się ona okazać nawet zbawienna w przypadkach, w których zawiodło leczenie swoiste. To też *Kostrzewski* posuwa się nawet tak daleko, iż niekiedy celowo usiłuje wywołać chorobę posurowiczą dla zachwiania stanem uczulenia ustroju i sprowadzenia jego wyładowania.

Jeśli leczenie surowicą powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego okazało się niezwykle skuteczne, co dla praktyki winno mieć nie tylko wystarczające, ale i decydujące nawet znaczenie, to przyznać jednak należy, że podstawy teoretyczne, na których oparte zostało to postępowanie wiele niestety pozostawiają do życzenia. Dzieje się to wszakże nie po raz pierwszy w medycynie, że praktyka wyprzedza teorię, dając podstawę nowym teoriom. Gdybyśmy stale o tym pamiętali, z mniejszym do różnych faktów klinicznych odnosilibyśmy się niedowierzaniem.

Wszystkie niemal wysuwane przeciwko seroterapii zapalenia otrzewnej zarzuty sprowadzają się do tego, że leczenie to, ściśle rzecz biorąc, nie może być uważane za swoiste, ponieważ posługujemy się zawsze tylko jedną z pośród niewielu wielowartościowych surowic standartowych. Dobranie do każdego przypadku odpowiedniej surowicy swoistej jest przecież nieosiągalne w czasie, nie można również przygotować surowicy wielowartościowej, któraby zawierała przeciwciała skierowane przeciw wszystkim bez wyjątku drobnoustrojom, spotykanym w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Można myśleć tylko o surowicy, skierowanej przeciw zarazkom dominującym w obrazie chorobowym i dla ustroju najgroźniejszym, jak to uczynił *Weinberg*. Chodziło tylko o przygotowanie surowicy wysokowartościowej i możliwie wieloważnej; w tym też kierunku skierowane zostały wysiłki pracowni różnych krajów, i stąd pozorna mnogość stosowanych przez różnych autorów surowic. Nie jest to może idealne, lecz jedyne możliwe rozwiązanie sprawy. Już jednak z założenia metody zdawałoby się wynikać, że surowica nie może okazać się skuteczna w przypadkach zapalenia otrzewnej wywołanego przez zarazki, przeciw którym nie zawiera niweczników.

Stosowanie surowic standartowych okazało się niezbędne i z innych jeszcze względów. Uwzględniając wagę wczesnego podania surowicy, zrozumiemy opinię tych, którzy twierdzą, że wyczekiwanie na wynik badania bakteriologicznego w przypadkach ciężkich jest stanowczo niedopuszczalne; badanie to nie powinno opóźnić podania surowicy. Były wprawdzie czynione przez zwolenników seroterapii zapalenia otrzewnej wysiłki przyśpieszenia badań bakteriologicznych: amerykanin *Jen-*

nings, posługujący się wyłącznie jednowartościową surowicą przeciw prątkowi *Welch-Fränkla* (b. perfringens), znalazł szybki sposób, pozwalający na stwierdzenie, czy drobnoustrój ten bierze udział w rozwoju sprawy zapalnej toczącej się w wyrostku. Wstrzykiwał on kroplę ropy do wątroby świnki morskiej, zabijał zwierzę po trzech minutach, wkładał je następnie na dwie godziny do cieplarki, po czym badał skrawki wątroby, i przy dodatnim wyniku badania, jeszcze przed upływem trzech godzin od zabiegu, podawał choremu surowicę. Przyspieszyć jednak dokładnego badania ropy na zawartość w niej wszystkich różnorodnych tlenowców i beztlenowców dotychczas się nie udało.

Stoimy na stanowisku, że płyn ropny z brzucha winien być pobierany do badania przy każdym zabiegu. Nie oczekując jednak na wynik badania bakteriologicznego, w przypadkach ciężkich należy podać choremu, jeszcze w uśpieniu, dużą dawkę (100 cm^3) surowicy przeciwzgorzelinowej, lub surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej i powtórzyć tę dawkę w dniu następnym. Tylko w razie braku wybitnej poprawy stanu chorego, w przypadkach w których przeprowadzone w międzyczasie badanie bakteriologiczne ropy wykazało obecność zarazka, przeciw któremu surowica nie zawierała niweczników, myślećby można o podaniu choremu po raz trzeci, tym razem już właściwej surowicy swoistej, jeśli taka istnieje, i jeśli nią rozporządzamy. Nie postępowano dotychczas w ten sposób, i tym się też prawdopodobnie tłumaczy część zawodów, których ilość obliczyliśmy na 8,7%. Nie sądzimy jednak bynajmniej, aby dzięki takiemu postępowaniu udało się uratować wszystkich chorych, w szczególności tych, u których zatrucie postępuje niezwykle szybko, a szczególnie przypadków bardzo spóźnionych. Być może jednak, iż tego rodzaju postępowanie pozwoli w przyszłości na uzyskanie znaczniejszego jeszcze zmniejszenia się śmiertelności, chociaż i uzyskane dotychczas przy pomocy surowic standartowych wyniki nie pozostawiają już wiele do życzenia.

Niewątpliwie patogeneza zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej jest bardzo różnorodna. Wyosobniono bowiem dotychczas z wyrostków zmienionych zapalnie kilkadziesiąt gatunków tlenowców i beztlenowców. Zazwyczaj chodziło przy tym o zakażenie mieszane. Wielką wszakże rozmaitość flory bakteryjnej znajdowano niemal wyłącznie w wyrostkach zdrowych, względnie wykazujących przewlekłe zmiany zapalne. W ostrej natomiast sprawie zapalnej ilość szczepów drobnoustrojów, jak się wydaje, zmniejsza się w miarę postępowania schorzenia. W przypadkach bowiem z daleko posuniętymi zmianami ściany wyrostka, znajdowano w jego świetle już tylko 3 — 4 gatunki drobnoustrojów najbardziej żywotnych, te więc szczepy decydować musiały o charakterze zmian, dalszym przebiegu i zejściu sprawy.

Od czasu, kiedy *Veillon* i *Zuber* wykazali w treści zapalnie zmienionych wyrostków obecność beztlenowców, coraz to liczniejsi badacze przypisywali im dominujące znaczenie w powstawaniu zgorzeli wyrostka i powikłań wyrostkowych. Najczęściej spotykano je obok tlenowców, przy czym twierdzono, że równoczesny rozwój szczepów bakterii o tak różnych właściwościach przedstawiać ma nawet szczególne niebezpieczeństwa dla chorego; tym bowiem tłumaczono szybki rozwój sprawy i bardzo ciężki przebieg schorzenia. W tlenowcach widziano przyczynę występowania miejscowych zmian zapalnych, beztlenowce zaś miałyby przede wszystkim działać trująco na ustrój za pomocą toksyn. Tylko przy takim ujęciu

sprawy zrozumiałe stają się przypadki zapalenia otrzewnej, przebiegającego pod postacią ciężkiego, szybko postępującego zatrucia, jak również te przypadki, w których uderza niestosunek między ciężkością przebiegu klinicznego schorzenia, a zmianami znajdowanymi w wyrostku.

Zdaniem *Heydego,* nawet z nieprzedziurawionego wyrostka najszybciej mają przechodzić do otrzewnej drobnoustroje beztlenowe. Jady zaś beztlenowców, poza szkodliwym ogólnym działaniem toksycznym na ustrój, okazują też działanie wybitnie miejscowe. Uszkadzają one przede wszystkim ośrodki ruchowe jelit, sprowadzając porażenną ich niedrożność. Wynikiem zahamowania ruchów robaczkowych jelit jest zastój ich treści. Pociąga to z kolei za sobą przepełnienie systemu żyły wrotnej i niedostateczny dopływ krwi tętniczej, co znów ułatwia rozmnażanie się beztlenowców i wnikanie ich ze światła do ściany jelit. Błędne to, jak mówi *Bylina,* koło wzajemnie potęgujących się czynników, prowadzi w końcu do zejścia śmiertelnego.

Najbardziej jadowitym z pośród beztlenowców i równocześnie najczęściej spotykanym w przypadkach zgorzeli wyrostka jest prątek *Welch - Fränkla* (bac. perfringens). Prace doświadczalne *Chiariego i Kunza, Steinberga i Bernhardta* świadczą przekonywująco o tym, że śmierć w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego występuje niemal wyłącznie na skutek zatrucia toksynami prątka *Welch - Fränkla* i prątków okrężnicy. Z prac *Weinberga* wynika, że najczęściej w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego znaleźć można w chorym wyrostku 2 — 3 rodzaje mikrobów, rzadziej 4 — 5, bardzo zaś rzadko 6 lub 7. Wyjątkowe są również przypadki, w których w wyrostku znaleziono jeden tylko rodzaj drobnoustrojów, nie chodziło więc o zakażenia mieszane. *Weinberg* naliczył ich 19 na ogólną liczbę 200 badanych wyrostków. Spostrzeżenia *Weinberga* pozwoliły również na wniosek, że im więcej rodzajów bakterii znajduje się w chorym wyrostku, tym więcej jest między nimi beztlenowców. Z pośród tlenowców najczęściej są spotykane prątki okrężnicy, po nich zaś kolejno według częstości: enterokoki, łańcuszkowce i gronkowce. Najgroźniejszego z beztlenowców — prątka Fränkla, znaleziono w 90% operowanych przypadków *Jenningsa,* w 80% przypadków *Patočki,* 50% — *Touda i Schimizu* i w 33% przypadków badanych przez *Weinberga.* Najczęściej spotykano beztlenowce w zgorzelinowym zapaleniu wyrostka robaczkowego, przy czym poza prątkiem *Welch - Fränkla* znajdował *Weinberg* znacznie mniej złośliwe: vibrio septicus, b. sporogenes, b. ramosus i szereg beztlenowców gram dodatnich. Również z badań *Löhra* i *Rassfelda* wynika, że w patologii wyrostka robaczkowego główną rolę odgrywają beztlenowce: b. perfringens [spotykany w 79% przypadków], b. tertius (37%), b. multifermentans tenalbus (35%), b. putrificus tenuis (24%), i b. sphenoides (w 22%); z pośród tlenowców zaś — prątki okrężnicy (znajdowane w 83% przypadków) i enterokoki (w 62%). Nasze badania flory bakteryjnej 58 usuniętych w czasie ostrego napadu wyrostków robaczkowych, rozpoczęte przez *Szczechowską* w Zakładzie Bakteriologii U. J. prof. *Gieszczykiewicza,* we wszystkich przypadkach wykazały obecność tlenowców i w ⅔ beztlenowców. Zawsze chodziło o symbiozę przynajmniej dwu, przeważnie zaś większej ilości szczepów bakterii. Z tlenowców, w porządku kolejnym pod względem częstości, znaleziono prątki okrężnicy w 53 przypadkach, paciorkowce — w 43, enterokoki — w 22, nitki gram ujemne — w 15, gronkowce —

w 13, corynebacterium — w 12, dwoinki — w 6 i raz tetrakoki. Z pośród beztlenowców 29 razy znaleziono b. perfringens i 11 razy inne ich szczepy. Obok beztlenowców zawsze znajdowano tlenowce. Tylko w 4 przypadkach mimo zgorzeli śluzówki wyrostka nie udało się wyhodować beztlenowców. Przeważnie znajdowano je nawet w wyrostkach, w których ostre zmiany zapalne niezbyt daleko były posunięte.

Badania doświadczalne potwierdziły fakt, wynikający ze spostrzeżeń klinicznych, świadczący o szczególnej złośliwości przebiegu zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego wywołanego przez zakażenie mieszane. Doświadczenia *Alexy* in vitro i in vivo wykazały pomyślny wpływ prątków okrężnicy na rozwój b. perfringens. Większą też zjadliwość, niż każdy z tych szczepów w szczególności, posiada połączenie prątka okrężnicy z enterokokiem, enterokoka z beztlenowcami, a nawet dwu szczepów mało chorobotwórczych — enterokoka i vibrio septicus. Zwłaszcza doświadczenia szkoły *Weinberga* wykazały w sposób przekonujący wielkie pod tym względem znaczenie dla rozwoju toczącej się w wyrostku sprawy zapalnej, flory bakteryjnej mieszanej.

Mimo jednak tak różnorodnej patogenezy zapalenia wyrostka robaczkowego i powyrostkowego zapalenia otrzewnej, wyniki leczenia przy pomocy surowicy przeciwzgorzelinowej, bądź różnorodnych surowic mieszanych, okazały się niezwykle korzystne. W wielu przytem przypadkach spostrzegano zjawisko na pozór paradoksalne: dobry wynik leczniczy pod wpływem surowicy przeciwzgorzelinowej w przypadkach, w których badanie flory bakteryjnej nie wykazało obecności żadnego z beztlenowców, przeciw którym była przygotowana surowica.

Już *Weinberg* zwrócił uwagę na to ciekawe zjawisko i usiłował je wyjaśnić. Twierdził on, że poszczególne rodzaje surowic, wchodzących w skład surowicy wielowartościowej, odgrywają niejako podwójną rolę: z jednej strony działają zuwarte w nich przeciwciała swoiste, z drugiej zaś okazują korzystny wpływ na przebieg choroby przeciwciała odpornościowe zawarte w normalnej surowicy końskiej. Właściwości antytoksyczne i bakteriobójcze surowicy normalnej są wprawdzie o wiele słabsze, niż surowic swoistych, często jednak wystarczy w nieznacznym tylko stopniu dopomóc ustrojowi, aby mógł on wykorzystać własne swe siły dla skutecznego zwalczania zakażenia względnie zatrucia. *Weinberg* nazywa to działanie surowicy normalnej wchodzącej w skład surowicy przeciwzgorzelinowej „paraspecyficznym".

Z drugiej znów strony badania *Weinberga* i *Ginsbourga* wykazały, że można zwalczyć zakażenie wielobakteryjne przy pomocy jednowartościowej surowicy swoistej, jeśli tylko działanie jej jest skierowane przeciwko zarazkowi odgrywającemu w zakażeniu dominującą rolę. Surowica przerywa groźne działanie zespołowe zarazków, unieszkodliwiając drobnoustroje najgroźniejsze, przez co ułatwia ustrojowi zwalczenie pozostałych bakterii, odgrywających w zakażeniu podrzędną rolę. Zjawisko to nazwał *Weinberg* „kataksją".

Niezwykłą wreszcie wartość leczniczą surowicy wieloważnej, przygotowanej przez zmieszanie ze sobą kilku surowic jednowartościowych, przypisują *Weinberg* i *Barotte* zjawisku, które nazwali „fenomenem synergii przeciwciał". Zjawisko to, o którego istnieniu autorzy wielokrotnie mieli sposobność się przekonać, ma polegać na tym, że przeciwciała, zawarte w małych ilościach w surowicach normalnych, wzgl. surowicach leczniczych dla danego przypadku nieswoistych, potęgują znacznie działanie przeciwciał swoistych,

zawartych w każdej z surowic jednowartościowych, wchodzących w skład surowicy mieszanej. Stąd też n. p. surowica wielowartościowa okazuje się w przypadkach zakażenia wywołanego przez b. perfringens znacznie bardziej skuteczna, niż surowica jednowartościowa, zawierająca niweczniki skierowane wyłącznie przeciw temu zarazkowi.

Przy pomocy trzech tych zjawisk: paraspecyficznego działania surowicy, fenomenu kataksji i fenomenu synergii przeciwciał usiłuje więc *Weinberg* rozszerzyć pojęcie o swoistym działaniu surowic przy zakażeniu wielobakteryjnym.

Od kilku lat wszakże jesteśmy świadkami poważnego sporu co do tego, czy działanie surowic leczniczych jest swoiste. Spór ten toczy się wprawdzie dokoła surowicy przeciwbłoniczej, leczenia zdawałoby się najbardziej rozpowszechnionego i ugruntowanego; w istocie chodzi tu wszakże, jak to podkreśla *Kostrzewski*, o sprawę bardziej zasadniczą, bo o samą myśl przewodnią leczenia swoistego. Opierając się na bynajmniej nie wyjątkowych zawodach w leczeniu błonicy mimo stosowania olbrzymich dawek surowicy swoistej, szereg autorów wyciąga śmiały wniosek, że w działaniu swym niczym właściwie nie różni się ona od normalnej surowicy końskiej, że chodzi tu tylko o nieswoisty wpływ białka obcogatunkowego, wprowadzanego do ustroju drogą pozajelitową. Pogląd ten reprezentuje u nas od szeregu lat *Kostrzewski*. Przypisuje on wielkie znaczenie surowicy normalnej, niesłusznie uważanej dotychczas tylko za „vehiculum" dla jednostek odpornościowych, twierdząc, że rzeczywistość ukazała ją w zupełnie innym świetle, niżby to wynikało z założeń leczenia swoistego; podnosi potężny czynnik leczniczy surowicy normalnej, z którego korzysta chętnie i często. Twierdzi dalej, że surowica swoista różni się od normalnej tylko zawartością energii — za energię a nie materię uważa bowiem wszystkie przeciwjady, które stanowią o swoistych własnościach surowicy leczniczej. Podkreśla jednak równocześnie, że energią tą, nagromadzoną uprzednio w surowicy normalnej, możemy się posługiwać nie inaczej, jak tylko przy pomocy surowicy swoistej. Wynikałoby stąd, że nawet autorzy przekonani o nieswoistym działaniu surowic, uważają, że surowice swoiste są nie do zastąpienia. Jeśli więc nawet działanie surowicy przeciwzgorzelinowej, względnie surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej, chcielibyśmy uważać za nieswoiste, za zwykłe leczenie bodźcowe, to musimy przyznać, że surowice te okazały się bezwzględnie najlepszym z pośród różnorodnych środków przeznaczonych dla tego rodzaju leczenia bodźcowego. To też winny być one wyłącznie nadal stosowane, skoro okazały się w klinice najskuteczniejszym środkiem leczniczym w przypadkach zapalenia otrzewnej.

Jeśli jednak utożsamiano działanie surowic swoistych z leczeniem bodźcowym przy pomocy obcego białka, to bardziej uzasadniona wydaje się nam pewna analogia między podawaniem surowicy, a przetaczaniem krwi. Analogia ta nasuwa się tym bardziej, że przecież w poszukiwaniach środka zastępczego krwi, mającego na celu uniezależnienie się od dawcy, zatrzymano się w swoim czasie na surowicy normalnej. Niejednokrotnie spostrzegano zarówno po transfuzji, jak i po samym wprowadzeniu surowicy, równolegle z poprawą ogólnego stanu chorego, zwiększenie się ilości krwinek, hemoglobiny i wzrost lipazy we krwi. To też niektórzy widzieli w surowicy niemal idealny środek zastępczy, bo fizjologicznie najbardziej do krwi zbliżony i dowodzili nawet, że samo przetaczanie krwi zawdzięcza swą skutecz-

ność w większym znacznie stopniu surowicy, niż krwinkom czerwonym. Analogia między obydwiema tymi metodami leczniczymi wynika z faktu, że w szeregu tych samych ciężkich schorzeń znalazły one zastosowanie i okazały się niemal równie skuteczne, względnie zawodziły równie często. Mam na myśli przypadki ropnicy, w których na podstawie spostrzeżeń, że lepsze wyniki otrzymywano w przypadkach, w których po transfuzji występował silny odczyn ogólny, wynikałby fakt przeczący podstawowym zasadom transfuzji, iż korzystniej jest nawet posługiwać się krwią dawcy grupy zerowej, niż używać krwi tej samej grupy. Nowe wreszcie drogi, jakimi kroczy wielka już dziś nauka o przetaczaniu krwi, zbliżając ku sobie obydwa zagadnienia, sprawiają, że znaleść się one muszą wkrótce na jednej płaszczyźnie. Chodzi o konserwację krwi, o „częściowe" przetaczanie krwi, polegające, jak chce *Fonio,* na rozdzielaniu krwi na poszczególne składniki i stosowanie tego z nich tylko, który w danym przypadku okaże się niezbędny, wreszcie o przetaczanie krwi uodporniające. To ostatnie („Immuntransfusion" autorów niemieckich) sprowadza się do przetaczania krwi szczególnie dobranej, zawierającej swoiste dla poszczególnych chorób ciała odpornościowe, krwi pochodzącej od rekonwalescentów po przebytej chorobie, względnie od osób, które specjalnie w tym celu uodpornione zostały przy pomocy szczepionek. Przetaczanie dużych ilości tego rodzaju krwi odwłóknionej, bez domieszki środków hamujących krzepnięcie, niedawno dopiero zostało zapoczątkowane i nie dało dotychczas zdecydowanie pewnych wyników. Analogia między działaniem w pewnych przypadkach krwi przetoczonej a wprowadzonej surowicy leczniczej naprowadza również na myśl, że sposób stosowania obu metod winien być podobny. Skoro bowiem surowica spełnić ma to samo zadanie, co przetaczana krew uodporniająca, stosowanie jej należałoby oprzeć na zasadach przyjętych dla przetaczania krwi, tj. w pierwszym rzędzie wprowadzać duże jej ilości (100 cm³ surowicy odpowiada mniej więcej 200 cm³ krwi całkowitej). A przecie w przypadkach ciężkich zakażeń i zatruć wszyscy autorzy podkreślają zgodnie, że tylko przetaczanie dużych ilości krwi bywało niekiedy uwieńczone pomyślnym skutkiem. Stąd stosowanie dużych dawek surowicy w przypadkach zapalenia otrzewnej tym głębsze znajduje uzasadnienie.

Szereg czynników składa się na to, aby leczenie surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego jaknajrychlej znalazło powszechne zastosowanie. Wprawdzie zapalenie wyrostka robaczkowego daje obecnie niewielką odsetkę śmiertelności. Nie dotyczy to jednak przypadków zapaleń ostrych, zwłaszcza powikłanych, w których odsetka ta nie jest bynajmniej mała. Niewątpliwie wyniki leczenia operacyjnego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w szczególności jego postaci najcięższych, powikłanych rozlanym zapaleniem otrzewnej, są dziś nieporównanie lepsze, niż przed kilkunastu jeszcze laty. Zawdzięczamy to w pierwszym rzędzie szczelnemu zaszywaniu jamy brzusznej w szeregu przypadków, w których do niedawna uważaliśmy za konieczne pozostawienie w brzuchu drenów i sączków. Mimo to wszakże z przeróżnych zestawień statystycznych bezsprzecznie wynika, że bezwzględna ogólna śmiertelność z powodu zapalenia wyrostka w ostatnich czasach wzrasta. Duża ilość ludzi ulega temu schorzeniu; to też zapalenie wyrostka robaczkowego rokrocznie pociąga za sobą dziesiątki tysięcy ofiar. Giną przy tym ludzie młodzi i dojrzali. Według niektórych obliczeń nie mniej ludzi przed

40 rokiem życia umiera z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, niż ludzi po 50-tce z powodu raka. *Glatzel* na ostatnim zjeździe podnosił, że ginie rokrocznie dziesiątki tysięcy osób z powodu powyrostkowego zapalenia otrzewnej. Pozostaje to niewątpliwie w związku z częstszym niż w latach ubiegłych występowaniem zapalenia wyrostka, względnie z większą złośliwością schorzenia, gdyż wskutek lepszego uświadomienia publiczności stosunkowo coraz mniej przypadków zaniedbanych dostaje się do rąk chirurga. Mówi się, że w przeważnej części przypadków możnaby uniknąć śmierci przy wczesnych zabiegach i że pewna tylko odsetka tych śmierci jest nie do uniknięcia z powodu ciężkości zakażenia i dołączającego się zapalenia otrzewnej. Jednakże i przypadki zaniedbane ze względu chociażby na nasuwające się niekiedy wielkie trudności rozpoznawcze zdarzać się będą zawsze i wszędzie. Sam zabieg operacyjny nie rozwiązuje niestety sprawy leczenia wszystkich powikłanych przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Sprowadza się on do usunięcia pierwotnego źródła zakażenia — chorego wyrostka i zabezpieczenia do pewnego stopnia otrzewnej przed dalszym jej zakażeniem z miejsc sąsiadujących z chorym wyrostkiem, najsilniej przeto uszkodzonych. Właściwą obronę przed skutkami powstałego już zakażenia i przed dalszym postępowaniem sprawy w otrzewnej pozostawiamy bardzo już w tych przypadkach nadwątlonym siłom chorego. Jest on tylko leczeniem objawowym, zupełnie chybionym w przypadkach, w których siła zakażenia przewyższa siły ustroju. Ponieważ zaś w tych ostatnich przypadkach wszystkie środki zostały wyczerpane i poza surowicą okazały się bezskuteczne, stosowanie surowicy w zapaleniu otrzewnej pochodzenia wyrostkowego stać się winno tak samo powszechnie obowiązującym, jak to ma miejsce w błonicy.

Dla tych, dla których pojęcia zakażenia i odporności pozostają nadal dogmatami, tylko surowica swoista, która jest w stanie związać zarówno jady bakteryjne we krwi krążące, jak i pozostające w luźnym jeszcze związku z komórkami ustrojowymi, winna stanowić właściwe leczenie przyczynowe. Podawanie w tych przypadkach surowicy w przebiegu pooperacyjnym jest więc jedynym logicznym rozwiązaniem sprawy. Jedynie bowiem surowica swoista, zawierająca gotowe ciała odpornościowe, zdolna jest zobojętnić jady bakteryjne w sposób szybki, bez wysiłku ze strony chorego, na który zwykle go nie stać.

Dla tych, co nie wierzą w swoistość leczenia, niech wystarczy fakt, że surowica przeciwzgorzelinowa, względnie surowica mieszana przeciw zapaleniu otrzewnej, okazała się w tych przypadkach najpotężniejszym i najskuteczniejszym z pośród środków przeznaczonych dla leczenia bodźcowego.

O skuteczności tego leczenia świadczą zupełnie przekonywująco wyniki uzyskane przez 40 przeszło autorów, a więc doświadczenie cudze. Również własny nasz materiał, choć niewielki, jest pod tym względem dość wymowny. Nie czekamy więc na nagromadzenie się większej ilości spostrzeżeń, lecz dzielimy się dotychczasowym doświadczeniem własnym. Czujemy się w obowiązku jaknajrychlej sprostować błąd, który przedostał się do artykułów i pokutuje w podręcznikach, kategorycznie zaprzeczyć błędnej famie, głoszącej, że dotychczas podjęto nieliczne tylko próby dla stwierdzenia wartości leczenia surowicą przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego i że próby te okazały się chybione. Pośpiech jest wskazany tym bardziej, że ta niezgodna z

prawdą, a wielce szkodliwa dla sprawy opinia znalazła niestety wiarę u ogółu lekarzy i jest jedną z najważniejszych przyczyn liczebnie wielkiej dziś jeszcze umieralności z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

PIŚMIENNICTWO

Balogh, Münch. med. Wchschr. 1932, nr. 51, *Benthin*, Mediz. Klinik 1933, I. s. 595, *Bonnamy*, Soc. Chir. de Paris IV. 1927, *Berghaus* cyt. u Nobla, *Bylina, Ostrowski i Zeyfert*, Rozpr. XXVI. Zjazdu Chir. Pol. 1931, *Chiari, Kunz*, Arch. Klin. Chir., t. 181, s. 715, *Clavelin*, Bull. Mem. de la Soc. Nat. Chir., 1925, s. 567, *Delbet*, Presse Med. 1920, s. 750, *Dick*, Brun's Beitr, t. 154 s. 241, *Duran*, Rev. Cir. Barcelona t. 11, 1936 (Ref. Ztrorg., t. 80, 1937), *Duval, Ameline*, Bull. Mem. de la Soc. Nat. Chir., 1931. s. 513, *Gundel, Süssbrich*, Zbl. Chir. 1934, nr. 6; Klin. Wchschr., 1934, s. 1235, *Gundel*, Arch. Klin. Chir., t. 172, *Gutwiński*, Zbl. Chir., 1934., s. 1142, *Henschen*. Arch. Klin. Chir., t. 174, s. 339, *Jennings*, cyt. Prochnow, *Kappel*, Zbl. Chir. 1936, s. 2015, *Katzenstein*, Zbl. Chir. 1927, nr. 24, *Kossakowski*, Pol. Przegl. chir., 1935, t. 14, *Kostrzewski*, Pol. Gaz. Lek. nr. 46, r. 1933. *Köhler*, cyt. Balogh, *Kunz*, Wien. klin. Wchschr. 1932; 1933. s. 494; Klin. Wchschr., 1934, s. 374, *Lindenmann*, cyt. Balogh. *Löhr, Rassfeld*, Die Bakteriologie der Wurmfortsatzentzündungen, Lipsk 1931, *Michel, Mathieu*, Presse Med. 1924, s. 552, *Nobel*, Chirurg, 1936, s. 767, *Mackowski*, Gaz. Lek. Śląska Polskiego, 2. I. 1937, *Oudard, Courraud*, Soc. Chir. de Paris, 7. V. 1925, *Morton, Stabin*. cyt. Prochnow, *Patočka*, Čas. Lek. Česk. 1935, s. 581, *Papin*, Presse Med. 1935, nr. 14, *Perrando*, Zbl. Chir., 1935, nr. 2, *Prochnow*, Arch. Klin. Chir., t. 179, s. 229, *Rakowatz*, These de Nancy, 1923, *Ruemann*, Münch. med. Wchschr. 1933, II. s. 1886, *Reichl*, Wien. Klin. Wchschr. 1932. s. 1288, *Robb*, cyt. Prochnow, *v. Schnitzler*, Wien. Klin. Wchschr. 1934, s. 590, *Schmiedt*, Zbl. Chir. 1936, nr. 43, *Schultze, Verner*, Arch. Klin. Chir. 1936, t. 186, *Schultze*, XXVI Zjazd chir. niem., 1936. Zbl. Chir. 1936, nr. 30. *Spitzer*, Zbl. Chir. 1934, s. 3154, *Szenicer, Goldstein, Zaleski, Sokołowski, Szerszyński*, Rozprawy pos. Tow. Chir. Warsz. 28. V. 1934, *Stöger*, Wien. Med. Wchschr. 1932, II, *Sturm*, cyt. Balogh. *Touda, Schimizu*, C. R. de la Soc. de Biologie, t. 110, s. 338, 1932. *Verner*. Čas. Lek. Česk., 1936, s. 853. *Vorschütz*, Zbl. Chir. 1934, s. 1976. *Vincent*, C. R. de la Soc. de Biologie, t. 197, 1933. *Weinberg, Prevôt, Davesne, Renard*, Ann. de l'Inst. Pasteur. t. 42, s. 1167. 1928. *Weinberg, Laquierre*, Presse. Med. 1935, s. 887. *Williams*, cyt. Weinberg, Prochnow. *Wiśniewski*, Pol. Przegl. Chir., 1937, t. 16. *Wolfsohn*, Zbl. Chir. 1931, nr. 36. *Wright, Bazy*, VI Międzynar. Kongres Chirurg. w Londynie 1923. *Zimmer*, Arch. Klin. Chir. t. 175, s. 726.

R E S U M É

Sur la sérotherapie des péritonites diffuses d'origine appendiculaire

par

Dr J. Jasieński et Dr S. Kranz.

En tenant compte des résultats thérapeutiques connus dans la littérature obtenus par 40 auteurs dans plus de 2200 cas de péritonite appendiculaire, (8,7% de mortalité) ainsi que de l'expérience personnelle concernant 36 cas (mortalité — 0%), l'auteur se déclare enthousiaste de la sérotherapie des cas compliqués d'appendicite comme moyen thérapeutique de valeur incontestable dans les péritonites appendiculaires et comme médication prophylactique des complications péritonéales.

L'efficacité de la méthode repose sur:

1) l'emploie d'emblée, encore au cours de l'opération, des doses fortes (100 ccm pour une fois),

2) l'administration des injections du sérum, à 24 heures d'intervalle, au moins

pendant les trois premiers jours (200 — 300 ccm au total),

3) l'application soit du sérum antigangrèneux seul ou du sérum mixte, selon les caractères particuliers du pus trouvé dans la cavité abdominale; ce n'est que dans les cas soumis à la sérotherapie antigangrèneuse, dans lesquels l'amélioration clinique n'a pas été nette au cours des trois premiers jours et l'examen bacteriologique revéla la presence des aërobies — le traitement devra être renforcé par l'adjonction au sérum antigangrèneux du sérum specifique ou du sérum mixte.

Cette methode permet de reduire au minimum le chiffre, actuellement encore très élevée, de la mortalité des tous les cas d'appendicite aigüe compliquée.

KAZUISTYKA

Z oddziału chirurgicznego Szpitala P. C. K. w Warszawie.
Ordynator: *Dr Kazimierz Wolfram.*

Przypadek niedrożności jelit wywołanej kamieniem żółciowym

podali

Dr Kazimierz Wolfram i Jerzy Tuz.

Jedną z rzadszych form niedrożności przewodu pokarmowego jest niedrożność wywołana wędrówką kamieni żółciowych — ileus biliaris; stanowi ona zaledwie 2 — 3% wszystkich postaci mechanicznej niedrożności jelit.

Co 4. — 5. kobieta i co 12-ty mężczyzna (wg. *Courvoisiera)* nosi kamienie żółciowe. Kamienie te mogą wędrować przez drogi żółciowe wśród charakterystycznych objawów kolki wątrobowej. W normalnych warunkach drogę tę mogą przebyć kamyki nie przekraczające wielkości ziarna grochu. Większe kamienie muszą torować sobie drogę albo przez nadmierne rozszerzenie dróg żółciowych i sforsowanie zwieracza Oddiego, albo przez wytworzenie przetoki pomiędzy pęcherzykiem żółciowym, przewodem pęcherzykowym lub przewodem żółciowym wspólnym, a dwunastnicą (najczęściej), żołądkiem, jelitem cienkim albo grubym.

Po przebiciu ściany pęcherzyka kamień żółciowy może się przedostać również do jamy otrzewnowej, wyjątkowo do miejsc odleglejszych (opłucna, pęcherz moczowy, macica, pochwa).

Wędrówka kamienia po opuszczeniu pęcherzyka może się skończyć już w dwunastnicy (7% przyp.), w jelicie czczym (15 — 20%), końcowym odcinku jelita biodrowego, najczęściej o 20 — 40 cm powyżej zastawki Bauhina (40%). Wysoki ten odsetek tłumaczy stopniowe zwężanie się światła jelita cienkiego (średnica jelita biodrowego wynosi $^{2}/_{3}$ średnicy jelita czczego) i brama w postaci zastawki Bauhina. Częstość zatrzymania kamienia w kiszce grubej wynosi około 10%.

Skutki zatrzymania kamienia w podatnej elastycznej rurze kiszki mogą być różne: czasem ściany jelita ustępują przed kamieniem tworząc wnękę, w której kamień się lokuje; może on dawać wówczas stany zapalne, doprowadzające do występowania niedrożności (z naprzemiennymi zaparciami i biegunkami), względnie powodować odleżynę w ścianie jelita i następczo przedziurawienie. W innych przypadkach kamień po wędrówce,

trwającej kilka tygodni, a nawet rok *(Guillemin)* zostaje wtłoczony do odpowiednio wąskiego odcinka jelita, powodując nagłe wystąpienie ostrej niedrożności.

Objawy ileus biliaris, zależnie od wysokości zatrzymania kamienia i stosunku ścian jelita do kamienia, nie odbiegają od klasycznego zespołu objawów niedrożności w postaci bólu, wymiotów, zatrzymania wiatrów i stolca oraz wzdęcia ze wzmożeniem perystaltyki lub jej porażeniem.

Subtelna i szczegółowa analiza tych objawów może wykazać pewne cechy szczególne, za mało jednak stałe, by można je uznać za znamienne dla tej sprawy:

1. Ból jest odczuwany niejednokrotnie w miejscu, gdzie znajduje się kamień, i według *Chauffarda* wędruje wraz z kamieniem, przenosząc się z prawego dołu biodrowego do poprzecznicy, esicy, prostnicy i ustępuje po wydaleniu kamienia. Ból może być rozlany lub umiejscowiony, często daje się zaobserwować rytmiczne występowanie bólu w okresach kurczenia się jelit.

2. Wymioty, jak w ogóle w niedrożności, początkowo zawartością żołądka, następnie dwunastnicy, stopniowo nabierają charakteru kałowego. Niejednokrotnie uspokajają się na dłuższy czas.

3. Zatrzymanie stolca i wiatrów może być szczególnie nietypowe. Rzadko występuje równocześnie zupełne zatrzymanie zarówno stolca, jak gazów. Wg. *Naunyna* najczęściej spostrzegamy zupełne zatrzymanie stolca, a niezupełne gazów.

4. Wzdęcie może być albo bardzo duże, albo umiarkowane. Największe wzdęcie występuje nieco poniżej pępka *(Cadenat i Talheimer)*. Czasem, przy nieznacznej podściółce tłuszczowej i wiotkich powłokach, mogą rysować się poszczególne pętle jelit i widoczne są fale wzmożonego ruchu robaczkowego. Wypuk nad jamą brzuszną bębenkowy, stłumienie wątrobowe znika.

Reasumując można powiedzieć, że charakterystyczne objawy w ileus biliaris są: 1) ból zrywający, silny, przepuszczający; 2) wymioty z przerwami, dochodzące do kałowych; 3) zatrzymanie stolca i gazów niezawsze zupełne; 4) wzdęcie względne, wypuk bębenkowy, wzmożony ruch robaczkowy powyżej przeszkody z jednoczesnym stawianiem się pętel.

Dla sprecyzowania rozpoznania konieczne jest zebranie możliwie szczegółowych wywiadów. Prawie zawsze daje się wykazaś poza atakami kolki wątrobowej „wielki atak", połączony z gorączką, czasem i z żółtaczką, odpowiadający tworzeniu się przetoki. Od tego okresu do wystąpienia niedrożności może upłynąć kilka *(Goldschmidt* — 6 mies.), a nawet kilkanaście miesięcy *(Guillemin* — rok).

Objawów znamiennych dla ileus biliaris nie ma. *Chauffard* podaje umiejscowienie bólu w prawym dole biodrowym i gwałtowne treściwe wypróżnienia. Czasem niedrożność poprzedzają krwotoki jelitowe. W wyjątkowych wypadkach przy badaniu przez powłoki daje się wyczuć kamień w postaci guza niezwykle twardego, dobrze ruchomego, o granicach bardzo wyraźnych. Niejednokrotnie kamień siłą ciężkości przesuwa się wraz z odpowiednią pętlą jelita do miednicy małej i daje się wyczuć badaniem przez prostnicę lub pochwę.

Obraz kliniczny niedrożności kamiczej jest bardzo różnorodny. Czasem choroba ma charakter ostrej niedrożności, niekiedy podostrej, innym razem może przypominać niedrożność pochodzenia nowotworowego. Niekiedy niedrożność może się powtarzać przy przerzynaniu się mnogich kamieni, które co kilka dni *(Dovnes* — nazajutrz) lub miesięcy *(Goldamer* — 6

mies.), mogą powodować powstanie niedrożności.

Różnorodność objawów może być tak wielka, że ustalenie rozpoznania niedrożności wywołanej wędrówką kamienia żółciowego napotyka na szczególne trudności. Wskazówkami mogącymi nasuwać mniej lub bardziej uzasadnione przypuszczenia są: 1) stwierdzenie niedrożności obturacyjnej; 2) ustalenie poziomu niedrożności; 3) dane wywiadów z uwzględnieniem wieku i płci oraz przebytych napadów kolki wątrobowej; 4) przedmiotowe stwierdzenie ruchomego twardego guza badaniem przez powłoki wzgl. przez prostnicę lub pochwę.

Tym objawom mogą towarzyszyć, podobnie jak przy innych niedrożnościach, zmiany we krwi polegające na jej zagęszczeniu, spadku chlorków ze wzrostem potasu i fosforów, wzroście *N* z rozkładu tkanek z jednoczesnym upośledzeniem czynności nerek, zwiększeniu zasobu zasad. Zmiany te są z jednej strony następstwem wymiotów, z drugiej — następstwem zatrucia powstałego przez unieruchomienie mas gnilnych w jelitach i uszkodzenie nabłonka jelit. Wchłanianie jadów przez otrzewnę może uszkadzać nerki, przez żyły — wątrobę, przez naczynia chłonne — płuca.

Cenne usługi może dać badanie radiologiczne, potwierdzając istnienie niedrożności i ustalając jej poziom, wreszcie dając na zdjęciu obraz kamienia. Badanie bez użycia środków kontrastowych wykazuje istnienie poziomów lustrzanych *(Kleiber)*, świadczących o niedrożności i jej miejscu. Wprawdzie kamienie cholesterynowe przepuszczają promienie, ale wtórne nawarstwienie lub domieszka soli wapniowych może uwidocznić kamień, wyświetlając całkowicie tło choroby.

Postępowanie lecznicze w wypadkach niedrożności wywołanej kamieniem jest takie samo, jak w ostrej niedrożności jelit w ogóle, a więc jaknajrychlejsza pomoc operacyjna, mająca na celu usunięcie kamienia przez nacięcie ściany lub usunięcie części jelita w razie zbyt daleko posuniętych zmian w ścianach.

Jednocześnie z zabiegiem operacyjnym musimy dbać o jaknajszybsze odtrucie organizmu przez podawanie roztworów soli i cukru dożylnie i podskórnie, lawatywy kroplowe oraz płukanie żołądka w razie wymiotów względnie zalegania.

Wyniki operacyjne na ogół są złe. Dawniejsze statystyki podają śmiertelność do 75% *(Kirmisson* i *Rochard)*. Ostatnio śmiertelność się zmniejsza ze względu na postępy diagnostyki i skrócenie czasu od wystąpienia niedrożności do momentu operacji. *Moynihan* podaje 90 wyleczeń na 100 operowanych w pierwszej dobie.

Nasz przypadek dotyczy chorej B. Z., lat 55 Nr ks. gł. 1596. Chora przybyła na oddział wewnętrzny dnia 17.VII 37 r. W wywiadzie podała, iż od dwudziestu lat choruje na wątrobę i przebyła bardzo liczne ataki kolki wątrobowej, trwające zwykle kilka godzin. Przed rokiem jeden z ataków był wyjątkowo silny i długotrwały, połączony z ciepłotą do 39°. Leżała wówczas przez dwa tygodnie z powodu wysokiej ciepłoty i utrzymującej się bolesności w prawym podżebrzu. Żółtaczki nigdy nie miała. Obecnie zachorowała przed tygodniem, będąc na wsi. Po spożyciu kwaśnego mleka z ziemniakami dostała silnych boleści w całej jamie brzusznej z mocnym kruczeniem i przelewaniem się przy braku wypróżnienia. Wzięła wówczas na przeczyszczenie sól morszyńską — wypróżnienia nie było, bóle się nie uspokajały. Wezwany lekarz skierował chorą do pobliskiego szpitala. Tam w 4-tym dniu choroby zjawiły się silne wymioty treścią żołądkową, podbarwione żółcią, następnie brunatnawe o przykrym smaku. Zastosowane w szpitalu wstrzykiwania i głębokie lawatywy nie pomagały — wzdęcie brzucha powiększało się stale, gazy i stolec nie odchodziły. Wobec tego chorą przesłano do Warszawy. Obecnie skarży się na stałe kruczenie i przelewanie w brzuchu, brak łaknienia, nudności, niesmak i wysychanie w ustach, puste odbijania, bardzo duże pragnienie. Po przyjęciu

nawet niewielkiej ilości płynów wymiotuje. Czuje się bardzo osłabiona.

Stan obecny: ogólny stan ciężki. Chora przytomna, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie b. dobre. Skóra blada, chłodna, pokryta potem, śluzówki bladawe. Ciepłota 36°,8, tętno 112, miarowe, licho wypełnione i napięte. Język suchy, obłożony brunatnawym nalotem.

Narządy klatki piersiowej. Serce: granice prawidłowe, tony głuche, 1. ton nad koniuszkiem osłabiony. Płuca: wypuk bębenkowy, granice prawidłowe, w dolnych płatach płuc trzeszczenia ustępujące po kilku głębszych oddechach.

Jama brzuszna kopulasto wysklepiona, podściółka tłuszczowa b. obfita. W okolicy pępka widoczny guz wielkości orzecha włoskiego, przy badaniu ręcznym miękki, łatwo odprowadzalny do jamy brzusznej przez otwór w powłokach przepuszczający dwa palce. Wypuk nad całą jamą brzuszną bębenkowy z odcieniem metalicznym. Przy obmacywaniu bolesność brzucha niewielka, objaw Blumberga ujemny. Wątroba i śledziona niewyczuwalne, granic opukowo nie daje się określić. Stawiania się pętel jelit nie stwierdzono. Osłuchowo kruczenie i przelewanie. Okolica lędźwiowa na wstrząs niebolesna.

Kończyny bez zmian chorobowych — odruchy prawidłowe. Badanie przez prostnicę i pochwę żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Leukocytoza 11.200, mocz barwy słomkowej, przejrzysty, kwaśny, c. g. 1,014, białka i cukru nie wykryto. W osadzie pojedyncze nabłonki wielokątne co kilka pól widzenia, leukocyty 1 — 3 w p. widz., skąpe moczany i 100 — 120 krwinek czerwonych, częściowo wyługowanych.

Na trzeci dzień pobytu w szpitalu wystąpiły żółtawo - brunatne wymioty o zapachu kałowym, wobec tego chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny.

Po przygotowaniu wstrzykiwaniem dożylnym roztworu cukru i podskórnym soli kuchennej oraz przepłukaniu żołądka, poddano chorą 22.VII zabiegowi operacyjnemu *(Dr Wolfram)* z rozpoznaniem niedrożności obturacyjnej, umiejscowionej w końcowym odcinku jelita cienkiego. Znieczulenie lędźwiowe — 1 cm³ 10% allokainy. Jamę brzuszną otwarto cięciem od spojenia łonowego do górnej krawędzi przepukliny pępkowej. Jelita cienkie wzdęte. W końcowym odcinku jelita biodrowego, mniej więcej w odległości 15 — 25 cm od zastawki Bauhina, znaleziono kamień wielkości małego kurzego jaja (rys. 1). Ściana jelita ponad uwięźniętym kamieniem blada, ale bez zmian martwiczych. Cięciem poprzecznym otwarto jelito i usunięto kamień, po czym zeszyto ścianę jelita szwem dwupiętrowym. Poza tym przy zeszywaniu powłok wycięto worek przepuklinowy wraz z pępkiem. Zeszyto ranę operacyjną szwem 3-piętrowym.



Rys. 1.

Chora zniosła zabieg operacyjny bardzo dobrze. Na szczególne podkreślenie zasługuje w tym przypadku wartość znieczulenia lędźwiowego, dzięki któremu w czasie zabiegu, mimo znacznego wzdęcia jelit cienkich, panowała całkowita cisza brzuszna, ułatwiająca znakomicie wykonanie zabiegu operacyjnego bez walki z wypadającymi pętlami jelit, jaką zmuszeni jesteśmy staczać w takich wypadkach przy innych sposobach znieczulenia.

Bezpośrednio po operacji nastąpiło odejście gazów i rozwolnionego kału, które przeszło w dość długotrwałą biegunkę. Dalszy przebieg pooperacyjny powikłany ze strony rany powierzchownym ropieniem powłok i ze strony narządów klatki piersiowej odoskrzelowym zapaleniem płuc; poza tym na 30. dzień po operacji zjawiło się zapalenie żyły odpiszczelowej

kończyny dolnej lewej z nieznacznym obrzękiem stopy i niewielką bolesnością.

Dnia 10.X po 85 dniach pobytu wypisana jako zdrowa.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Pieczarkowski:* Pol. Gaz. Lek., Nr 27/37. 2. *Kielanowski:* Pol. Gaz. Lek., Nr 21/35. 3. *Landau, Deloff* i *Reider:* Med., Nr 12/35. 4. *Gerhardt:* Pol. Przegląd Chir., 1935, str. 587. 5. *Moncalvi:* Riforma med. Nr 29/34. 6. *W. Moss* i *Mc. Tetrigde:* Amer. Surg., 100, 158, 166. 7. *Schüle:* Berl. Klin. Wchschr., Nr 45/94. 8. *Beer:* D. Zt. f. Chir., 1924, 120, 186. 9. *Gersuny:* Wr. kl. Woch., Nr 40/96. 10. *Graser:* Arch. f. kl. Chir., 1892, str. 59, 683. 11. *Wölfler* i *Lieblein:* D. Chir., Nr 46/09. 12. *Wohlauer:* D. med. Woch., 1924, str. 174. 13. *Oden:* D. Z. Chir., 1932, str. 321, 427. 14. *Lardennois:* B. Soc. Chir., 11, 13/35. 15. Idem: Presse Méd., str. 17, 327/35. 16. *Bonany:* B. Soc. Chir., 10, 23/31. 17. *Wilms, Enke:* Stutgart, 1906. 18. *Mondor:* Diagnostic Urgents. Masson, Paryż 1930. 19. *Kirschner* i *Nordmann:* Die Chirurgie, T. V, str. 1132. 20. *Martens:* Med. Klin., Nr 37/28.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Akuter Darmverschluss durch einen Gallenstein verursacht

v.

Dr K. Wolfram und J. Tuz.

Ein Darmverschluss kann durch einen Gallenstein, der durch die Gallengänge, oder häufiger durch eine Gallenblasedarmfistel in den Dünndarm wandert, verursacht werden. Eine sichere Diagnose kann nur durch eine Palpation oder Roentgenuntersuchung festgestellt werden.

Der beschriebene Fall betrifft eine Frau, welche am zwölften Tage nach den Darmverschlusserscheinungen, durch einen hühnereigrossen Gallenstein verursacht, mit Erfolg operiert wurde.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Lazarusa we Lwowie.
Prymariusz: *Dr A. Wolf.*

Martwica przedniej ściany pęcherza moczowego, jako niezwykłe powikłanie po wycięciu pęcherza, naświetlaniu rentgenowskim i wyłuszczeniu sterczu

podał

Dr Marceli Graf.

Historia choroby omawianego przypadku przedstawia się, jak następuje:

Chory Ch. G., lat 63, przyjęty na oddział 3.III 1935. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Nigdy nie chorował. Od 3-ch lat trudności w oddawaniu moczu z bólami; czasem zatrzymanie moczu; musiał być dość często cewnikowany. W roku 1934 wykonano choremu obustronnie podwiązanie przewodów nasiennych. Po zabiegu przez krótki czas miał się nieco lepiej, jednakże po tym nawrót bólu, bardzo znaczna pollakiuria, szczególnie w nocy.

Stan obecny: W narządach klatki piersiowej i brzucha zmian chorobowych nie stwierdzono. Stercz duży, wielkości pięści, gładki, elastyczny, nieco bolesny. Mocz mętny, o oddziaływaniu kwaśnym, c. gat. 1012, zawiera wyraźny ślad białka; cukier nieobecny. W osadzie 40 — 50 c. biał. w polu widzenia, nieliczne c. czerwone. Obraz krwi: c. biał. 7500: segment. 68%, pał. 1%, limf. 28%, mon. 3%. C. czerwonych 4.000.000, Hb. 80%,

wskaźnik 1. RR. 130/95. Odczyn Wassermanna ujemny, Meinickego ujemny. Wziernikowaniem pęcherza stwierdzono: znaczny przerost sterczu, szczególnie płatów bocznych; pęcherz beleczkowaty. Dalszych szczegółów z powodu krwawienia ze sterczu nie udało się zobaczyć.

7.III 1935 wykonano cystostomię, jako akt wstępny do wyłuszczenia sterczu. Przy operacji zastanowiło nas, że przednia ściana pęcherza była znacznie grubsza, niż zazwyczaj i wydawała się nacieczona. Wobec tego pobrano skrawek ze ściany do badania drobnowidowego, które jednakże wykazało tylko tkankę mięśniową i łączną bez utkania nowotworowego. Przebieg pooperacyjny gładki.

Po operacji chory przez krótki czas miał się dobrze, jednakże dolegliwości wnet się ponowiły, w szczególności bolesne parcie podczas i po oddaniu moczu. Wobec tego przyjęto chorego z powrotem na oddział dnia 26.IV i w odurzeniu morfinowo-skopolaminowym wykonano cystoskopię. Pęcherz znieczulono 50 gr. 2% nowokainy. Wziernikiem stwierdzono przy pojemności pęcherza 100 cm^3: przewlekłe zmiany zapalne błony śluzowej; w przetoce widoczna główka Pezzera, dokoła której, w szczególności po stronie prawej, stwierdza się rozległe bujanie kosmkowe, o szerokiej podstawie, na przestrzeni odpowiadającej złotówce. Rozp.: suspectio quoad ca vesicae. Pobrano skrawki do badania histologicznego, które wykazało utkanie papilloma adenomatosum bez bujania złośliwego.

21.V wykonano w znieczuleniu epiduralnym elektrokoagulację guza. Stan chorego po zabiegu nie uległ poprawie. Wszystkie dolegliwości nadal się utrzymywały, pojawiały się często krwawienia, a przy powtórnym wziernikowaniu stwierdzono, że guz jeszcze się powiększył i bardziej jeszcze niż przy pierwszym badaniu robił wrażenie guza złośliwego. Barwnik wstrzyknięty dożylnie wydzielił się obustronnie po 6 minutach. Azot pozabiałkowy 39 mg%. Wobec stale zwiększających się dolegliwości przystąpiono dnia 21.V do operacji. Po wycięciu blizny odpreparowano pęcherz od powłok, po czym wykonano ekstraperitonizację pęcherza według Voelckera, przy czym stwierdzono, że lewa przednia i górna ściana pęcherza nacieczona jest przez guz nowotworowy, który przechodzi na otrzewnę pokrywającą pęcherz, dając tutaj typowe zaciągnięcie w kształcie pępka. Wykonano częściowe wycięcie pęcherza wielkości dłoni. Pęcherz zeszyto dwupiętrowo z pozostawieniem cewnika Pezzera. Szew powłok. Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazuje utkanie brodawczaka złośliwego. Przebieg pooperacyjny powikłany odoskrzelowym zapaleniem płuc. Rana zagoiła się przez rychłozrost.

12.VI rozpoczęto serię naświetlań rentgenowskich. W ciągu 20 dni chory otrzymał 14 naświetlań z przodu po 220 R (0.5 Cu + 1.5 Al) tj. w sumie 3080 R. Podczas naświetleń lekkie zadrażnienie pęcherza, objawiające się w postaci bolesnych parć. W 8 dni po ukończeniu naświetlań bóle się uspokoiły. 8.IX usunięto cewnik Pezzera. 18.X przetoka pęcherzowa zagoiła się. Chory oddaje mocz wyłącznie per vias naturales.

Przez rok chory miał się dobrze. Zgłasza się we wrześniu 1936 z tym, że od 3-ch tygodni ma zatrzymanie moczu. Blizna pooperacyjna i jej otoczenie są zaczerwienione, obrzękłe i bolesne (pericystitis). Założono cewnik na stałe i zastosowano ciepłe okłady, pod wpływem których naciek zapalny się cofnął. Stercz per rectum wielkości mandarynki, gładki, twardy, asymetryczny. Wziernika nie udało się wprowadzić. Po 4-ch tygodniach silne bóle w kręgosłupie w zakresie Th. V i VI. Zdjęcie rentgenowskie ujemne. W przypuszczeniu, że chodzi tu o przerzut do krę-

gosłupa naświetlono 3 razy po 150 R. 16.X wykonano w uśpieniu ogólnym wziernikowanie pęcherza, przy czym stwierdzono: pojemność ok. 100 cm^3, cewka znacznie wydłużona, pęcherz beleczkowaty. Stercz b. duży, zwłaszcza oba płaty boczne, które b. silnie sterczą do światła pęcherza, zasłaniając dużą jego część z trójkątem. Na szczycie pęcherza w miejscu po wycięciu widoczna jest duża blizna gwiaździsta, wykazująca w środku ubytek przybłonka wielkości grosza, mogący odpowiadać przetoczce lub tkance granulacyjnej (nawrót?). Próba Volhardta (20 X): przy dobrym rozcieńczeniu, niedostateczne zagęszczanie. Azot pozabiałkowy 51 mg%, indykan we krwi wzmożony — ponad 1.4 mg%. Wobec złej czynności nerek wysłano chorego do domu z poleceniem noszenia cewnika na stałe, aż do poprawy wydolności nerek. Bóle w kręgosłupie ustąpiły.

Przez pół roku leczony ambulatoryjnie, stale skarżył się na bóle w pęcherzu. Cewnik na stałe znosi źle, tak że od czasu do czasu bez zezwolenia go wyjmuje. Od 21 V do 25 V 1937 cztery naświetlania rentg. z dwóch pól (przednie i tylne) po 200 R. na pole. Ponieważ nadal miał silne bóle, przyjęty na oddział 9 VI 1937.

Stan miejscowy bez zmian, poza świeżym naciekiem zapalnym w bliźnie pooperacyjnej i jej otoczeniu, który pod wpływem ciepłych okładów po 10 dniach ustąpił. Skóra podbrzusza, prawie zupełnie wyłysiała, wykazuje charakterystyczne brunatne zabarwienie porentgenowskie. Widoczne tutaj liczne porozszerzane naczyńka włosowate. Chory stale ma silne bóle, tak że zażywa znaczne ilości środków przeciwbólowych. 21 VI wziernikowanie pęcherza w uśpieniu ogólnym: pojemność nieco ponad 100 cm^3; wprowadzenie instrumentu trudne, wśród krwawienia. Stercz duży, asymetryczny, lewy płat więcej sterczy do światła pęcherza, niż prawy, powierzchnia gładka. Śluzówka pęcherza lekko zmętniała, nastrzykana; na szczycie pęcherza widoczna blizna po wycięciu, wśród blizny ubytek wielkości ziarna soczewicy, prawdopodobnie komunikujący z tkanką przedpęcherzową. Nawrotu nie stwierdza się.

22 VI barwik wstrzyknięty dożylnie wydzielił się w śladach po 3-ch min., po 5 min. o dobrym wysyceniu. 23 VI próba Volhardta: rozcieńczenie 1001, zagęszczenie 1015. 24 VI azot pozabiałkowy 32 mg%. Obraz krwi: c. czerw. 4.300.000, Hb. 75%, wskaźnik 0.9, c. biał. 7000, eoz. 1%. pał. 4%, segm. 61%, limf. 28%, mon. 6%. 2 VII 37 wykonano typowe wyłuszczenie sterczu wedł. Freyera: Mimo poprzedniej ekstraperitonizacji dostęp do pęcherza był niezwykle utrudniony, gdyż otrzewna przykryła z powrotem przednią ścianę pęcherza i na skutek poprzednich zabiegów była z nim ściśle zrośnięta, tak że trzeba ją było niejednokrotnie na ostro oddzielać; poza tym przebieg operacji typowy i bez niespodzianek. Przebieg pooperacyjny gładki; na 5. dzień usunięto tampon z łożyska. Po 10-ciu dniach rana, która dotychczas szczelnie trzymała, zaczęła przeciekać, przy czym oddzielają się obok cewnika Pezzera strzępy tkanki nekrotycznej. Początkowo sądziłem, że obumiera tylko powięź, z czasem przekonałem się jednak, że martwicy uległa prawie cała przednia ściana pęcherza moczowego. Gdy 15. dnia usunięto cewnik Pezzera, wisiał na nim duży strzęp nekrotycznej tkanki, którą stanowiła przednia ściana pęcherza. Po 2 dniach sytuacja przypominała ektopia vesicae, gdyż przez wytworzony otwór wypuklała się tylna ściana pęcherza. 24 VII zbadałem digitalnie i stwierdziłem: brak przedniej ściany; łożysko sterczu zagojone.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym

okazało się, że rana nie ma prawie żadnej tendencji do gojenia się, brak ziarniny i naloty włóknikowo - ropne. Dopiero pod wpływem stosowania okładów ze sterogylu rana zaczęła się oczyszczać, pojawiła się ziarnina i przetoka zaczęła się zwężać. Ciągle jednak wypadała tylna ściana pęcherza, utrudniając z jednej strony gojenie się przetoki, a z drugiej strony czyniąc iluzorycznym drenowanie pęcherza cewnikiem per vias naturales. 2 VIII przetoka na tyle się zwęziła, że mogłem założyć z powrotem cewnik Pezzera, reponując w ten sposób tylną ścianę pęcherza. Ponieważ cewnik Pezzera tkwił szczelnie, można było przez zamykanie go wytwarzać z powrotem pojemność pęcherza i uczyć chorego oddawać mocz przez cewkę, co udawało się zupełnie gładko. Po 10 dniach cewnik Pezzera usunięto i założono cewnik na stałe; tylna ściana pęcherza już nie wypadała i odtąd przetoka zaczęła się w szybkim tempie zmniejszać, tak że 1 X pozostała już tylko przetoka włosowata, która po kilkunastu dniach definitywnie się zamknęła. W miesiąc później wykonano kontrolne badanie cystoskopowe i stwierdzono: pojemność pęcherza około 90 cm³, bł. śluzowa blada, lśniąca, wykazuje jeszcze nieznaczne zmiany o charakterze przewlekło - zapalnym. Na przedniej ścianie gwiaździsta blizna wielkości złotówki, pokryta przybłonkiem. Ujścia moczowodów lekko rozwarte wydzielają barwnik obustronnie po 4 min. o dobrym wysyceniu. Poza tym zmian się nie stwierdza. Chory czuje się zupełnie zdrów, mocz oddaje co 2 — 3 godziny, bez bólu, i stwierdza, że przerwy między jednym moczeniem a drugim stale się zwiększają. Mocz badany zawiera jeszcze nieznaczny ślad białka i 4 — 10 c. cz. w polu widzenia.

Przypadek powyższy z dwóch względów zasługuje na uwagę: Po pierwsze, udało się za pomocą rozległego wycięcia usunąć radykalnie złośliwy guz pęcherza moczowego, który po 2½ latach nie dał nawrotu ani przerzutów. Niepoślednią zdaje się rolę odegrało tu energiczne pooperacyjne naświetlanie rentgenowskie. To naświetlanie stało się jednak, zdaniem moim, przyczyną niezwykłego powikłania w przebiegu pooperacyjnym po wyłuszczeniu gruczołu krokowego, na które przede wszystkim chciałem zwrócić uwagę. Mam tu na myśli martwicę przedniej ściany pęcherza. Sądzę, że uraz rentgenowski sumując się z urazem operacyjnym doprowadziły w tym przypadku do obumarcia przedniej ściany pęcherza moczowego. Ponieważ ani w materiale własnym, ani w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem podobnego przypadku, uważam za celowe podzielić się tą niezwykłą obserwacją. Z drugiej strony nasuwają się tu pewne refleksje. Jak wiadomo, często u chorych, którzy obawiają się noża, lekarze z konieczności stosują w przypadkach przerostu sterczu naświetlania rentgenowskie. Wiadomo również, że te naświetlania o ile chodzi o wyleczenie, są przeważnie bezskuteczne, i że w końcu przecież przychodzi do operacji. Należałoby się wobec tego zastanowić, czy należy chorego, który był energicznie naświetlany, operować, i czy nie wybrać w razie operacji drogi perinealnej, żeby uniknąć opisanego powikłania.

PIŚMIENNICTWO:

Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz: Handbuch der Urologie. *Voelcker, Wossidlo:* Urologische Operationslehre. *Tandler* i *Zuckerkandl:* Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie. *Jüngling:* Roentgenbehandlung chirurg. Krankheiten 1924. *Blum:* Ueber Indikationen, Technik Vor-u. Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomie, Z. f. urol. Ch., T. 15. *Oelsner:* Zur

Behandlung d. Prostatahypertrophie, Z. f. Urol., T. 23. *Götzl:* Erfahrungen über die suprapubische Prostatektomie, Z. f. Urol., T. 23. *Küttner:* Emphysem der Leistengegend nach Prostatektomie, Z. f. Urol., T. 23. *Pleschner:* Spätkomplikationen nach Prostatektomie, Z. f. Urol. Kongressbericht 1929. *Glas:* Zur Technik der Eröffnung und des Verschlusses der Blase beim zweiten Akt der zweizeitigen Prostatektomie, Z. f. Urol. Chir., T. 28. *Suter:* Bericht über 300 suprapubische Prostatektomien, Z. f. Urol., T. 25. *Lumb:* Trigonal Loop - Traction in suprapubic prostatectomy, Br. Jour. of Urol., VIII. *Lewinson:* Postępowanie po operacji wycięcia gruczołu krokowego, P. P. Ch., 1937, Nr 2. *Joseph:* Geschwülste der Blase, Handbuch d. Urologie. *Alkiewicz:* Leczenie radiologiczne schorzeń narządu moczowo-płciowego, P. P. Rad., T. X — XI. *Archie L. Dean jr:* Behandlung des Karzinoms der Urogenitalorgane mit Radium und Röntgenstrahlen, Z. f. Urol., T. 26. *Bujniewitsch:* Papilloma vesicae urinariae, Z. f. Urol., T. 26. *Drucker* i *Malczyński:* Brodawczak pęcherza itd. P. P. Ch., 1936, Nr 6.

ZUSAMMENFASSUNG.

Nekrose der vorderen Blasenwand, als ungewöhnliche Folge der Blasenwandresektion, Röntgenbestrahlung und Prostatektomie

v.

Dr Marceli Graf (Lwów).

Wegen eines malignen Blasenpapilloms wurde die vordere Blasenwand reseziert und danach energisch röntgenbestrahlt. 1½ Jahre später musste wegen Prostatahypertrophie mit starken dysurischen Beschwerden und Retention die Prostata enukleirt werden. Nach der Operation trat, als ungewöhnliche Komplikation, eine Nekrose der vorderen Blasenwand ein, die jedoch mit Erhaltung einer vollständigen Blasenkontinenz ausheilte.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Osteo-chondritis ischio-pubica

podała

Dr Ludwika Landes Leinerowa (Lwów).

Badanie rentgenowskie umożliwia niejednokrotnie stwierdzenie drobnych zmian chorobowych i odróżnienie początków zmian patologicznych od mało znanych odchyleń od normy. Do ciekawszych tego rodzaju przypadków należy poniżej opisany. Na zdjęciach okolicy linii nasadowej kości siedzeniowo - łonowych u dzieci dają się często zauważyć drobne torbielowate odwapnienia, które przedstawiają niekiedy odchylenie od normy, nie dające żadnych objawów chorobowych, kiedyindziej jednak wskutek infekcji, najczęściej anginy, dochodzi do zmian zapalnych ogniskowych tej okolicy i wtedy spotykamy w obrazie rentgenowskim wyraźne zmiany chorobowe o różnym nasileniu.

Podobne zmiany opisał pierwszy *Neck* w roku 1925, jako osteochondritis ischio-pubica. W 2 przez niego opisanych przypadkach wystąpiły ostre objawy chorobowe w połączeniu z podwyższeniem ciepłoty, bolesnością na ucisk i utrudnieniem chodzenia. Przypadki te były operowane, a badanie histologiczne wykazało osteo - chondritis.

Podobne przypadki opisali następnie *Valtancoli* i *Wülfling*, *Janker*.

Asplund opisuje podobne zmiany w obrębie linii

nasadowej kości łonowo - siedzeniowych u dzieci w wieku 2 — 12 lat, przy czym twierdzi, że zmiany te występują po anginie i sądzi, że do pierwotnej osteo - chondritis dołączyła się infekcja, a wskutek tego doszło do ognisk ropnych.

W roku 1933 *Herren* przeprowadził badanie 100 dzieci i zauważył podobne zmiany u 33% badanych dzieci zdrowych. Autor ten dzieli to schorzenie na dwie grupy.

Do grupy I zalicza te przypadki, w których występują znaczne bóle połączone z wysoką temperaturą. Na zdjęciach rentgenowskich tych przypadków widoczne są torbielowate okrągłe odwapnienia o sklerotycznych brzegach. Poprawa następuje po przeprowadzeniu konserwatywnego sposobu leczenia, jak leżakowanie, naświetlanie lampą kwarcową lub promieniami Roentgena i podawanie wapna. Niekiedy jednak sprawa jest uporczywa i konieczny jest zabieg operacyjny.



Rys. 1.



Rys. 2.

Do drugiej grupy zalicza przypadki, które spotyka się przypadkowo u dzieci zdrowych. Zmiany te w postaci wyjaśnień bez sklerozy ustępują po pewnym czasie bez leczenia.

W obu grupach występują jednak wedle tego autora zmiany po obu stronach.

W moim przypadku wystąpiły u dziewczynki 6-letniej po przebyciu ciężkiej anginy przy temperaturze dochodzącej do 40° bóle w lewej kończynie dolnej, umiejscowione głównie w pachwinie i stawie biodrowym po stronie lewej. Bóle te były dotkliwsze w czasie biegu lub szybkiego chodzenia, ponadto utrudnione były ruchy w stawie biodrowym, zwłaszcza zginanie i odwodzenie.

Na zdjęciu 1. widoczne są w okolicy linii nasadowej kości siedzeniowo - łonowych po stronie lewej dwa okrągłe torbielowate odwapnienia wielkości grochu o ostro zarysowanych brzegach. Po stronie prawej zdjęcie zmian nie wykazuje.

Po zastosowaniu przez kilka miesięcy konserwatywnego leczenia (leżakowanie, naświetlanie lampą kwarcową, podawanie wapna) bóle powoli ustąpiły. Poprawa ta widoczna jest na zdjęciu 2., wykonanym po 5 miesiącach. Widzimy zupełny zanik torbielowatych odwapnień zamiast których widoczne są nieregularne zwapnienia.

Wedle *Herrena* należy ten przypadek do grupy pierwszej, ponieważ były konkretne objawy kliniczne. Obraz rentgenologiczny wykazuje zmiany tylko po jednej stronie, a zatem przypadek ten różni się od opisanych tym, że torbielowate odwapnienie i objawy kliniczne wystąpiły tylko jednostronnie, co jest dowodem, że mamy w tym wypadku do czynienia nie z odchyleniem od normy, a ze sprawą chorobową.

PIŚMIENNICTWO:

Asplund, Gustaf: Acta chir. scandin. 1930, str. 1. *Dickson, Wrigt:* Proc roy. Soc. Med. 24, str. 283 (1931). *Grashey R.:* Atlas typischer Röntgenbilder vom norm. Menschen. *Lehmanns* med. Atlanten V. str. 202, (1928). *Herren:* Röntgenpraxis 4, str. 123, (1932). *Janker:* Röntgenpraxis 2, str. 499, (1930). *Herren:* Röntgenpraxis 5, str. 12, (1933). *Van Neck M.:* Arch. fr. belg. de chirurg. 1924, str. 238. *Odelberg, Axel:* Acta chirurg. scand. 56, str. 273. *Wülfling Max.:* D. Z. f. Chir., 199, str. 413.

ZUSAMMENFASSUNG.

Osteo-chondritis ischiopubica

v.

Dr Ludwika Landes-Leinerowa (Lwów).

Es werden rundliche bis ovale Aufhellungen der Epiphysenzone zwischen Scham- und Sitzbein beschrieben, welche von *van Neck*, *Herren* und anderen Autoren als besonderes Krankheitsbild unter dem Nahmen Osteochondritis ischiopubica beschrieben werden sind. In allen in der Literatur beschriebenen Fällen handelt es sich um *doppelseitige*, cystische Entkalkungen, wogegen in dem oben beschriebenen Falle die analogen cystischen Entkalkungen nur *einseitg* aufgetreten sind. Die Einseitigkeit der Erscheinungen und die begleitenden Beschwerden (bedeutende Temperaturerhöhung, starke Schmerzen) sprechen dafür, dass es sich um einen pathologischen Prozess und nicht um eine Variante handelt.

POSIEDZENIA

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Szpitalu Starozakonnych na Czystem dnia 20 grudnia 1937 r.

Dr A. Wertheim:

Przypadek niezwykłego guza jamy brzusznej.
(str. własne)

Chory 34-letni, przywieziony do szpitala 9.X 37 z powodu silnych bólów w prawej połowie brzucha, które rozpoczęły się przed 3 dniami; bólom towarzyszyły odbijania, nudności, zaparcie stolca; ciepłota 37,5°. Chory miał oddawna prawostronną przepuklinę pachwinową, sięgającą do worka mosznowego, która od chwili zjawienia się bólów zniknęła. Poza tym był zdrów, żółtaczki nie przechodził. Budowa mocna, odżywienie dobre, przytomny. W obrębie klatki piersiowej brak odchyleń od normy. Język podsychający; bolesność i obrona mięśniowa po prawej stronie niewzdętego brzucha; w prawej połowie jamy brzusznej wyczuwa się guz twardy, gładki, nieco ruchomy na boki, mało wrażliwy na ucisk, sięgający od łuku żebrowego w dół aż do dołu biodrowego, boczna jego granica przekracza linię środkową ciała. Zewnętrzny pierścień pr. kanału pachwinowego przepuszcza koniec palca; kaszel i nadymanie się nie powodują ukazania się nieprawidłowej zawartości w kanale pachwinowym. Brak miejscowych objawów uwięźnięcia. Mocz bez zmian, leukocytoza 10.800.

Po kilku dniach stan ogólny chorego poprawił się i bóle znikły, natomiast rozmiary i charakter guza nie uległy zmianie.

Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego: żołądek hipertoniczny, kaskadowy, opuszka dwunastnicy bez zmian, czynność ruchowa nieupośledzona. Po 24 godz. jelita opróżnione. Podczas wlewania płyn kontrastowy wypełnia jelito bez przeszkody, okrężnica obejmuje cień guza, widoczny w środkowej części jamy brzusznej. Odczyny Wassermanna oraz Weinberga (na obecność bąblowca) ujemne. Leukocytoza we krwi obniżyła się do 7.200, poza tym morfologia krwi nie wykazuje odchyleń od normy.

Wobec poprawy stanu podmiotowego chory opuścił szpital, jakkolwiek rozpoznanie cierpienia nie zostało ustalone. Po upływie 4 tygodni zgłosił się ponownie, dręczony obecnością guza, który zresztą nie sprawiał mu żadnych dolegliwości. Badanie wykazało dużą poprawę stanu ogólnego i obecność twardego guza, sięgającego od łuku żebrowego do spojenia łonowego. Dnia 26.XI 37 zabieg w uśpieniu sennarkolowo-eterowym: cięcie przypośrodkowe prawe, powyżej i poniżej pępka. Otrzewna ścienna nacieczona; liczne jej zrosty z guzem łatwo dające się oddzielić. Prawa połowa jamy brzusznej zajęta przez duży guz częściowo zrośnięty od strony przyśrodkowej z pętlami jelita cienkiego, a od bocznej — z kątnicą, wstępnicą

i zagięciem wątrobowym okrężnicy; okolica wyrostka robaczkowego bez zmian. Ku dołowi guz sięgał niemal do pachwiny prawej; górną szypułę guza stanowiła sieć. Nie bez trudności oddzielono na tępo guz od otoczenia i odcięto go w odległości kilku cm. od poprzecznicy; nieznaczne krwawienie z łożyska opanowano koagulenem; jamę brzuszną zamknięto szczelnie. Przebieg pooperacyjny gładki, chory opuścił szpital po 10 dniach.

Usunięty guz kształtu wrzecionowatego, wielkości 3 pięści, robił wrażenie konglomeratu zmienionej sieci; w jego wnętrzu była jama wypełniona treścią surowiczo-krwistą. Badanie treści tej wykazało obecność detrytu, ciałek ropnych i nielicznych krwinek; flory bakteryjnej nie stwierdzono. Badanie histopatologiczne wykazało rozległe zmiany wsteczne (steato-nekrobioza), liczne nacieki zapalne, obraz zakrzepowy naczyń, świeże zawały krwotoczne bliżej światła guza, drogi chłonne rozszerzone, bujanie ich śródblonka.

Zarówno umiejscowienie guza, kierunek jego dolnego bieguna, jak wygląd makro- i mikroskopowy, wskazują na sieć, jako na punkt wyjścia schorzenia. Najprawdopodobniej ten torbielowaty twór o ścianach, zbliżonych budową do sieci, powstał na tle jej skrętu i wtórnego stanu zapalnego. Skręt mógł powstać, zgodnie z hemodynamiczną teorią *Payra*, na skutek gwałtownych zaburzeń krążenia i zastoju w wydłużonych naczyniach sieci, i wtórnie doprowadzić do wytworzenia torbielowatego guza. Nie będziemy dalecy od prawdy, jeśli łączność skrętu sieci z przepukliną pachwinową uznamy za bardzo prawdopodobną: wierzchołek sieci mógł okresowo ulegać zaciśnięciu w kanale, mógł przyrosnąć do worka i, jako druga szypuła późniejszego guza, stworzyć warunki pomyślne dla skrętu. Główny dramat odbył się jednak nie w worku przepuklinowym, a w jamie brzusznej. Takie wtórne skręty sieci poza workiem nie są częste — podobny przypadek opisał w 1900 r. *Lucas-Championnière*.

Należy jeszcze podkreślić ciekawą okoliczność: istniejąca przed powstaniem guza przepuklina znikła z chwilą wystąpienia burzliwych objawów brzusznych, poprzedzających zjawienie się guza, i obecnie nie istnieje. Czyżby stan zapalny sieci wywołał obliterację worka i samowyleczenie przepukliny, spotykane u dorosłych tylko wyjątkowo? Sprawa ta nie jest jasna i pozostaje otwarta.

Dyskusja:

Dr Kohan zapytuje, co się działo z dolnym biegunem guza. Opisuje podobny przypadek, w którym sieć, przyrośnięta do worka, wynicowała go.

Dr Wertheim odpowiada, że nie stwierdzono wyraźnego przyrośnięcia guza do okolicy kanału pachwinowego; wyłoniono go stamtąd na tępo, bez kontroli wzroku.

Dr D. Kohan:

Przypadek zgorzelinowego zapalenia woreczka żółciowego, wywołanego beztlenowcem (vibrio septicus).

(Przyp. *dr Pupko*, str. własne)

Chory l. 70, przybył z objawami zapalenia otrzewnej, trwającymi od 48 godz.; objawy przemawiały za punktem wyjścia w wyrostku. Podczas zabiegu stwierdzono w jamie brzusznej dużą ilość zielonkawego płynu (posiew jałowy), w wyrostku nie było wybitniejszych zmian, wobec czego przedłużono cięcie ku górze i wyłoniono woreczek żółciowy barwy ciemno-wiśniowej z czarnymi plamami, bardzo napięty. Wobec ciężkiego stanu chorego ograniczono się do otwarcia i sączkowania woreczka. Przy nakłuciu woreczka wydobyto gaz i ciemną treść, z której wyhodowano czystą kulturę beztlenowców — vibrio septicus (*dr Dworecki*). Przypadek banalny w przebiegu klinicznym, zasługuje na uwagę ze względu na niezmierną rzadkość podłoża bakteriologicznego.

Dyskusja:

Dr Dworecki: W preparacie stwierdzono tylko detryt i czystą hodowlę Gram + prątków — vibrio septicus = bac. oedematis malignae. W piśmiennictwie znaleziono jedyny przypadek analogiczny, opisany w r. 1930.

Dr S. Rechniowski (Piotrków):

Przypadek pęknięcia tętnicy pośladkowej w przebiegu endocarditis lenta.

(Str. własne)

Dnia 22.IX 37 przybył na oddział chirurgiczny Szpitala św. Trójcy w Piotrkowie chory 20-letni. Poprzednio zawsze zdrów, w lipcu r. b. ociężałość i drętwienie w nogach, a potem bolesne przemijające obrzęki lewego i prawego stawu skokowego, połączone z dreszczami. Rozpoznano wtedy go-

ściec i wadę serca, leczono wstrzykiwaniami z dobrym wynikiem.

W sierpniu przy zeskakiwaniu z roweru poczuł nagle ból w pr. pośladku i całej kończynie; wkrótce ból uspokoił się, ale w ostatnich dniach nastąpiło znaczne nasilenie się bólu oraz obrzęk pośladka i górnej części uda prawego a także utrudnienie oddawania moczu i stolca. Bardzo silne bóle, nie dające choremu spać, nasunęły podejrzenie sprawy ropnej i z tym został skierowany do szpitala.

Chory bardzo blady, utyka na przykurczonej pr. kończynie dolnej; ułożony na stole przewraca się na lewy bok, gdyż tylko w tym położeniu czuje się względnie znośnie. Ciepłota 37°,8, tętno 96. Tony serca nieczyste, b. silne uderzenie koniuszkowe. Pośladek pr. obrzmiały, skóra niezmieniona. Ruchy bierne w pr. stawie biodrowym bolesne. Dotykanie do pośladka, a zwłaszcza do okolicy krętarza wielkiego, powoduje gwałtowną bolesność; obmacywanie wykazuje głębokie chełbotanie. Rentgenogram bez zmian. Badanie przez odbytnicę wykazuje ograniczony obrzęk części miękkich prawej połowy miednicy małej, uciskający na kiszkę prostą i dno pęcherza. W moczu 1°/₀₀ białka i 50 — 60 leukocytów w polu widzenia.

Z rozpoznaniem sprawy ropnej 23.IX w uśpieniu eterowym wykonano cięcie skórne dług. 12 cm od wierzchołka krętarza skośnie ku górze i tyłowi; idąc przez mięśnie na tępo otwarto jamę, wypełnioną niewielką ilością skrzepów, po wygarnięciu których nastąpiło żywe krwawienie krwią jasno-czerwoną. W obawie większego krwotoku wytamponowano ranę gazą i skórę zeszyto szczelnie.

Rozpoznanie ropnia pochodzenia kostnego nie znalazło potwierdzenia, wobec czego przypuszczano skazę krwotoczną — przebyte bolesne obrzęki stawów skokowych należałoby uważać za hemartrozę. Badanie krwi wykazało: czerwonych ciałek 2.200.000, leukocytów 5.000, hemoglobiny 32%, krzepliwość krwi 12,5 min., czas krwawienia 2,5 min.

24.IX — tętno 150, słabo napięte. Przetoczono 320 cm^3 krwi. Zdjęto szwy skórne i usunięto tampon — buchnęła z głębi rany krew tętnicza. Krwotok opanowano tamponadą i zeszyciem rany. Rozpoznano *pęknięcie tętnicy pośladkowej*.

25.IX w uśpieniu eterowym, w ułożeniu Trendelenburga otwarto jamę brzuszną cięciem pośrodkowym od pępka w dół. Nacięto otrzewnę ścienną po stronie prawej na wysokości linii bezimiennej, odsłonięto i wypreparowano t. podbrzuszną pr., po czym podwiązano ją w odległości 1½ cm od rozwidlenia. Jamę brzuszną zamknięto szczelnie. Na pośladku zdjęto szwy i wyjęto tampon — krwotoku nie było, wylała się tylko obficie krew wynaczyniona uprzednio oraz wydzieliły się cuchnące gazy: mięśnie na dnie rany uległy zgorzeli na znacznej przestrzeni. Podano podskórnie litr płynu fizjologicznego wraz z 10 flakonami surowicy przeciwzgorzelinowej.

4.X — wycięto uległą zgorzeli skórę i część m. pośladkowego wielkiego.

8.X — rana brzuszna zagojona, rana na pośladku — blada, atoniczna; t. 112, ciepłota 37° — 39°. Serce powiększone w obydwu wymiarach, na wierzchołku głośny szmer skurczowy.

15.X przetoczono 400 cm^3 krwi. Samopoczucie chorego lepsze. Rana pokryta bladą ziarniną, obficie ropieje. W tym stanie wypisany do domu z rokowaniem złym.

U osobnika młodego, dotkniętego zakaźnym schorzeniem krwi (dreszcze, stan gorączkowy, zapalenie stawów i wsierdzia) pękła przy wyrzuceniu nogi w tył tętnica pośladkowa — świadczy to o istnieniu głębokich zmian w ścianie naczynia, które musiały doprowadzić do powstania tętniaka. Obecność tętniaków w tętnicach średniego kalibru jest charakterystyczna dla *endocarditis lenta,* i z tym cierpieniem niewątpliwie mieliśmy tu do czynienia, pomimo że nie wykonano posiewu krwi.

Praca *Huarda* i *Montagne'a* (1931) podaje 71 ogłoszonych drukiem przypadków podwiązania t. pośladkowej z powodu uszkodzenia urazowego (zranienie kulą, nożem, odłamem kostnym) lub przeżarcia jej ściany przez otaczające ognisko ropne; ani w jednym przypadku nie wykazano tam endocarditis lenta, jako przyczyny pęknięcia tętnicy. Postępowanie w przypadkach uszkodzenia t. pośladkowej jest trudne i daje wysoką śmiertelność (*Farabeuf* — 43%, *Frischberg* — 32%, *Huard* i *Montagne* — 23%). W większości przypadków chirurdzy opanowywali krwotok in situ, przyciskając palcem krwawiące naczynie do brzegu incisura ischiadica, zakładając kleszczyki i podwiązując: zadanie trudne, wykonywane na ślepo i wobec tego często połączone z uszkodzeniem n. kulszowego. Tylko w kilku przypadkach zastosowano podwiązanie a. hypogastrica z dostępu poza- lub przezotrzewnowego. Ten ostatni zabieg jest względnie łatwy, wykonuje się go spokojnie, nie na oślep. W podobnych przypadkach zawsze należy go stosować.

Dyskusja:

Dr Lubelski usuwał tętniak t. pośladkowej po uprzednim podwiązaniu a. iliaca int. na drodze zewnątrzotrzewnowej. Podczas usuwania tętniaka miał b. duże krwawienie; wyleczenie.

Dr Wertheim uważa podwiązanie t. pośladkowej za b. trudne, nawet z wielkiego cięcia.

Dr D. Kohan:

Trzy przypadki zespolenia na drogach żółciowych.

(Str. własne)

Zespolenie na drogach żółciowych należy do zabiegów wykonywanych dość rzadko, przeważnie w przypadkach, w których inne, doszczętne postępowanie, natrafia na niepokonalne trudności, lub kiedy chodzi o zapobieganie nawrotom żółtaczki nawet po usunięciu przeszkody.

Przypadek 1. Chory l. 43 w stanie dużego wyniszczenia, z ciepłotą do 40° trwającą od 3 tygodni, o ziemisto - żółtym zabarwieniu powłok i gałek ocznych, z objawami żółtaczki mechanicznej całkowitej (barwiki żółciowe w moczu, stolce odbarwione), przeniesiony na oddział chirurgiczny z oddziału *dr Kobrynera.* Wątroba 4 palce poprz. poniżej łuku, bolesna. Leukocytoza 12.800, obojętnochłonnych 81%. Próba benzydynowa w kale kilkakrotnie wybitnie dodatnia. Operacja: w znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną i wyłoniono olbrzymi, rozciągnięty worek żółciowy, o b. cienkich ścianach. Nakłuciem wydobyto treść jasną, mętną w ilości około 400 cm³; żadnych złogów w woreczku nie stwierdzono. Po opróżnieniu worka dotarto do rozszerzonego przewodu żółciowego wspólnego, w którym również nie wyczuwało się złogów; nakłuciem cienką igłą wydobyto z przewodu płyn taki sam, jak treść woreczka. W okolicy ujścia przewodu wspólnego do dwunastnicy wyczuwa się twór miękki, wielkości grochu.

Ciężki stan chorego nie pozwolił na otwarcie dwunastnicy celem usunięcia przeszkody — ograniczono się do zespolenia pęcherzykowo - dwunastniczego, uważając że jeśli przeszkodę stanowi nowotwór, to obecne postępowanie paliatywne będzie zarazem ostatecznym, jeśli zaś zabieg spowoduje poprawę stanu ogólnego — to trzeba będzie w przyszłości wkroczyć powtórnie celem usunięcia przyczyny niedrożności.

W przebiegu pooperacyjnym ciepłota spadła już dnia następnego, a żółtaczka stopniowo ustąpiła; po 2 tyg. stwierdzono barwiki żółciowe w kale.

Przypadek 2. Chory l. 57, który przed 2 laty przybył na oddział chirurgiczny z objawami żółtaczki mechanicznej, trwającej od 8 tyg., bez gorączki. Wątroba znacznie powiększona, bolesna. Barwiki żółciowe w moczu obecne, w kale nieobecne, bilirubina we krwi — do 40 jedn., diastaza w moczu 160 jedn. Podczas operacji stwierdzono wówczas, że przyczyną niedrożności było uciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego przez znacznie powiększoną, stwardniałą główkę trzustki. Nie można było rozstrzygnąć, czy chodzi o nowotwór, czy pancreatitis interstitialis. Pęcherzyk duży, silnie napięty zawierał treść bezbarwną, mętną. Wobec niemożności usunięcia przeszkody wykonano zespolenie pęcherzykowo-żołądkowe. W przebiegu pooperacyjnym stopniowe ustępowanie żółtaczki i dolegliwości.

Obecnie chory przybył na oddział z powodu bólów w prawym podżebrzu i ciepłoty do 39°. Objawy te występowały kilkakrotnie w ciągu ostatniego ½ roku. Bolesność w nadbrzuszu, leukocytoza 14.400, diastaza wzmożona, objawów retencji żółci nie ma; próba benzydynowa w kale dodatnia.

W tym przypadku mamy odległy wynik zespolenia pęcherzykowo - żołądkowego. Żółtaczka i związane z nią wtórne powikłania zostały całkowicie opanowane, ale mamy do czynienia zapewne z ogniskiem zapalnym w trzustce, nie można jednak wyłączyć wtórnego zakażenia woreczka na skutek przedostawania się doń treści z żołądka.

W przypadku 3. chodzi o kobietę 46-letnią, skierowaną przed 3 mies. z odziału wewnętrznego w stanie żółtaczki mechanicznej na tle kamicy żółciowej trwającej od 6 lat.

Podczas zabiegu stwierdzono, że woreczek był skurczony, w zrostach z wątrobą i zawierał złogi; stwierdzono ponad to stwardnienie główki trzustki. Kontrola dróg żółciowych nie wykazała złogów, natomiast zwężenie ujścia przewodu wspólnego do dwunastnicy; ujście rozszerzono zgłębnikami, drenaż przewodu wątrobowego. Przebieg pooperacyjny powikłany okresową gorączką i biegunkami. Po 4 tyg. rana zagojona, w kale barwiki obecne, jednak bóle w nadbrzuszu utrzy-

mywały się, stając się coraz częstsze i silniejsze. Wobec jednoczesnego stanu podżółtaczkowego poddano chorą ponownej operacji, przypuszczając że w przewodzie wspólnym pozostał po pierwszej operacji niespostrzeżony kamień lub blizna przewężająca w miejscu nacięcia. Podczas zabiegu okazało się, że w okolicy dawnego łożyska woreczka znajduje się niewielki ropień żółciowy, stojący w łączności ze szczeliną w ścianie przewodu wspólnego. Drogi żółciowe nacieczone, w zrostach przepojonych płynem surowiczym; stwardnienie głowy trzustki większe niż podczas pierwszego zabiegu; drożność ujścia przewodu żółciowego wspólnego dostateczna. Uważając że okresowo nasilający się obrzęk zapalny trzustki stwarza i będzie stwarzał przemijającą przeszkodę w odpływie żółci (skutkiem czego zastoinowa żółć przedostała się przez miejsce nacięcia przewodu na zewnątrz, powodując powstanie ropnia), wykonano zespolenie przewodu wspólnego z dwunastnicą na drenie, wobec nacieczenia zapalnego wszystkich tkanek w okolicy. Przebieg pooperacyjny gładki.

Dyskusja:

Dr Witkowski uważa że przeprowadzenie drenu przez brodawkę Vatera (drein perdu) mogło zastąpić zabieg zespolenia na drenie, a byłoby o wiele prostsze i łatwiejsze.

Dr Lubelski: Przewód żółciowy wspólny należy zespalać z żołądkiem lub dwunastnicą, o ile przewód pęcherzykowy jest niedrożny. Podaje własny przypadek, gdzie przewód wspólny nie miał przejścia do dwunastnicy wskutek ucisku przez dużą głowę trzustki — zespolił przewód wspólny z żołądkiem, przebieg gładki.

Dr Goldstein nie zgadza się z *d-rem Witkowskim,* i uważa, że przeprowadzenie drenu przez brodawkę Vatera było niewskazane.

Dr Kohan: Delbet zakładał drein perdu celem zabezpieczenia się od odleżyn w przewodzie po usunięciu kamienia. Dren ten samoistnie odchodzi rzadko. W przypadku 3. założenie tego drenu było technicznie niewykonalne, a wskazań do cholecystektomii nie było — chodziło o zabieg jaknajlżejszy.

Dr Szper, Dworecki i Amsterdamski:

Pleuritis typhosa.

(Przedstawił *dr Ciężar).*

16-letni chory skarży się od 2 tyg. na kłucie w lew. boku, gorączkę, osłabienie. Nakłucie lew. opłucnej wykazało obecność płynu ropnego, w którym wykryto prątki Eberta. W wywiadach stwierdzono, że brat chorego przechodził dur przed 6 tygodniami. Vidal 1/100, po 10 dniach 1/200, posiew krwi jałowy. Wykonano kilka nakłuć opłucnej, a po każdym była remisja ciepłoty. Po 3. nakłuciu płynu w jamie opłucnowej nie było. Ostatnio od 2 dni chory znowu gorączkuje — prawdopodobnie nastąpiło wznowienie zbierania się ropy w jamie opłucnowej.

Dyskusja:

Dr Dworecki: Durowe zapalenie opłucnej jest rzadkie — może być pierwotne, jak zapewne w danym przypadku, lub wtórne, wskutek przejścia zakażenia z jamy brzusznej; wyjątkowo rzadko występuje ono jako późne powikłanie (po upływie lat). *Madelung* zebrał z piśmiennictwa 126 przyp. Płyn ropny jest zawsze barwy czekoladowej, krwotoczny. Rokowanie dobre, zazwyczaj samowyleczenie, rzadko dochodzi do torakotomii. Wskazane leczenie nakłuciami i szczepionką.

Dr Goldstein wspomina o przypadku ropnia podprzeponowego w 15 — 16 lat po przebyciu duru — była to czysta hodowla prątków Eberta.

Dr J. Rubinsztein:

Przypadek promienicy.

(Str. własne)

Chory l. 21 przybył do szpitala w sierpniu 1937 w 3. miesiącu choroby. Deskowato twardy naciek po lewej stronie szyi z ogniskami rozmiękczenia i licznymi przetokami ze specyficzną ropą był charakterystyczny dla promienicy, a badanie bakteriologiczne ropy potwierdziło rozpoznanie. Leczenie w okresie początkowym (3 tyg.) polegało na naświetlaniach rentgenowskich, obstrzykiwa-

niu nacieków płynem Dakina i podawaniu do wewnątrz jodku potasu. Po upływie 3 tygodni leczenie to nie dało wyniku pomyślnego, przeciwnie, choroba szerzyła się, pojawiły się nowe ogniska również po prawej stronie szyi. Zastosowano wtedy leczenie jontoforezą jonami miedzi — uporczywa choroba zaczęła wyraźnie ustępować; po 15 zabiegach chory został wypisany do leczenia ambulatoryjnego. Jontoforeza jonami miedzi nie stanowi jednak metody z wyboru (metody takiej w leczeniu promienicy dotychczas nie znamy) — są uporczywe przypadki promienicy, w których, mimo leczenia jontoforezą, nie udało się uratować chorego. Początkowo leczenie promienicy było wyłącznie krwawe — nacięcie ogniska i wyłyżeczkowanie, później łączono zabiegi chirurgiczne z leczeniem środkami chemicznymi: jod, sublimat, azoton srebra, wreszcie siarczan miedzi. W Polsce stosowanie siarczanu miedzi wprowadził *Barącz,* w Warszawie używano go w klinice *prof. Leśniowskiego; Tokarski* zastosował 6% siarczan miedzi w postaci jontoforezy, ulepszając technikę przez wprowadzanie elektrody przez skórę do samego ogniska chorobowego, omijając w ten sposób opór skóry. *Neuber* (Węgry) wprowadza w leczeniu promienicy swoistą szczepionkę oraz surowicę ozdrowieńców.

Dyskusja:

Dr Walc: Leczenie Dakinem daje dobre wyniki, ale należy stosować je cierpliwie i długo (conajmniej 6 tyg.), dopomagając promieniami Roentgena.

Dr Tokarski uważa, że Dakin działa dobrze w przypadkach powierzchownych; leczenie jontoforezą miedzi trwa około 6 tygodni.

Dr Rubinsztein sądzi, że wstrzykiwanie płynu do ogniska chorobowego działa mechanicznie, wytwarzając w tym miejscu ognisko martwicze.

Dr S. Lewinson:

Przypadek częściowego wycięcia nerki z powodu torbieli.

Chora 42-letnia zaczęła odczuwać przed 2 laty dolegliwości żołądkowe. Stwierdzono u niej powiększenie pr. nerki i skierowano do urologa. W prawej połowie jamy brzusznej guz wielkości dużej pięści, gładki, ruchomy, odprowadzalny do pr. podżebrza. Czynność pr. nerki prawidłowa urografia dożylna: miedniczka prawidłowa, ale dolny biegun nerki rozszerzony. Rozpoznano guz nerki i różniczkowano pomiędzy nowotworem, torbielą lub bąblowcem; najprawdopodobniejsze było rozpoznanie torbieli. Na zabieg chora nie zgodziła się. Przed 2 miesiącami zgłosiła się ponownie z dużymi dolegliwościami, prosząc o zabieg. Operacja w uśpieniu: w dolnym biegunie nerki guz przeświecający; po nacieciu otoczki torbiel wyłuszczono, zabierając nieco miąższu nerkowego. Znaczne krwawienie z powierzchni przekroju nerki opanowano tamponadą mięśniem. Przebieg pooperacyjny gładki, po 18 dniach wypisana. Po 6 tyg. czynność wydzielnicza nerki dobra. Torbiel zawierała płyn surowiczy, nie łączyła się z miedniczką.

Surowicze torbiele nerek należą do rzadkości, rozpoznanie ich jest trudne. Zasługuje na uwagę sposób tamowania krwawienia z miąższu nerki za pomocą mięśnia, podany przez *doc. Laskownickiego.*

Dyskusja:

Dr Fryszman podkreśla rzadkość pojedyńczych torbieli nerek i trudności rozpoznawcze. W przypadku własnym dokonał nefrektomii. Opanowanie krwawienia przedstawia dużą trudność.

Dr Endelman zapytuje, czy chora po zabiegu pozbyła się swych dolegliwości żołądkowych. Pyelogram pooperacyjny wykazuje załamanie moczowodu i rozszerzenie miedniczki.

Dr Lewinson odpowiada, że wszelkie dolegliwości ustąpiły całkowicie. Uzasadnia konieczność zabiegu, gdyż można było podejrzewać nadnerczaka; gdy stwierdzono naocznie obecność torbieli — usunięto ją, a do usunięcia nerki lub drenowania torbieli nie było wskazań.

Posiedzenie zakończył zorganizowany przez firmę *Remedia* pokaz filmu dźwiękowego (w wersji niemieckiej z dziedziny chirurgii szczękowej, przedstawiającego zabiegi operacyjne w prognacji, rozszczepieniu podniebienia, nowotworze szczęki (adamantinoma) i in., wykonywane przez profesorów klinik niemieckich.

H. Ciszkiewicz.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w Szpitalu dla Dzieci (Kopernika 43) dnia 17 stycznia 1938 r.

Doc. J. Zaorski:
Torbiel trzustki.
(Str. własne)

Chory lat 40, przybył do szpitala 7.X 37 podając, że przed 6 dniami po błędzie dietetycznym odczuł nagle silne bóle w nadbrzuszu, szczególnie po stronie lewej, połączone z wymiotami; po 2 dniach wymioty ustały, ból trwa nadal. Podobne bóle miał już raz przed 3 miesiącami.

Odżywienie średnie, skóra blada, lekki stan podżółtaczkowy. Serce bez zmian, między łopatkami zaostrzenie szmerów oddechowych. Brzuch miernie wysklepiony, wątroba wystaje na 2 palce poniżej łuku żebrowego, śledziona prawidłowa, w żołądku przelewania. Opukiwanie łuków żebrowych powoduje większą tkliwość po stronie lewej. Przy obmacywaniu nadbrzusze tkliwe, w głębi wyczuwa się po stronie lewej guz, sięgający w lewo do linii sutkowej, w prawo przechodzący nieco poza kręgosłup; górna granica nie da się ściśle określić, ku dołowi guz sięga linii poprzecznej, przebiegającej 2 palce nad pępkiem. Zbitość guza elastyczna, powierzchnia gładka, na ucisk tkliwy.

W moczu chorego ślad białka, urobilinogen obecny, w osadzie 15 — 20 białych ciałek krwi. Badanie krwi: b. c. 9.000, hmglb 92%, cz. c. 4.680.000, wskaźnik 1,0, eozynof. 1%, postaci młodych 9%, wielojądrz. 71%, limf. 18%, monocyt. 1%. W treści żołądkowej: kw. og. 44, kwas solny 20, dużo śluzu. Powtórne badanie leukocytozy (15. X) wykazało wzrost ilości b. c. do 17.000; opadanie krwinek: po 1 g. — 65, po 2 g. — 100. Krzepliwość krwi 10 min. Diastaza w moczu — 256 j. w 1 cm^3.

Badanie rentgenowskie (13. X) wykazuje obecność dużego okrągłego tworu, uciskającego na żołądek od tyłu i nieco ku górze, poza tym guz odsuwa na prawo pętle jelit (rys. 1). Twór może wychodzić z lewej nerki (nadnerczak), z ogona trzustki, jak również z gruczołów krezkowych.

Na podstawie powyższych badań rozpoznaliśmy *torbiel wrzekomą trzustki.* 19. X wykonaliśmy zabieg operacyjny w uśpieniu eterowym. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego m. prostego brzucha stwierdziliśmy, że elastyczny guz mieści się pomiędzy żołądkiem a poprzecznicą. Nakłuciem wydobyliśmy płyn barwy słomkowej bez woni. Uważając, że rozpoznanie wrzekomej torbieli trzustki jest właściwe, postanowiliśmy nie kusić się o wydobycie torbieli w całości (torbiel wrzekoma nie posiada otoczki). Przed otwarciem torbieli obszyliśmy jej ścianę otrzewną ścienną, po czym nacięliśmy torbiel na przestrzeni około 6 cm: ilość wyssanej treści wynosiła 250 cm^3. Wprowadziliśmy do wnętrza torbieli gruby dren gumowy dla umożliwienia dalszego wylewania się treści, a dokoła rurki zaszyliśmy szczelnie ranę skórną, zostawiając wzdłuż rurki 2 sączki gazowe. Koniec obwodowy rurki wprowadziliśmy do flaszki, w której zbierało się początkowo po 130—250 cm^3 płynu na dobę. Ciepłota, która po zabiegu dochodziła do 39°, spadła po kilku dniach do 37,4°, a w przebiegu pooperacyjnym dwukrotnie wznosiła się do 39°: raz w związku z bólami w okolicy wątroby, drugi raz równocześnie z żółtaczką. Wstrzykiwano antistreptynę, glukozę z insuliną oraz fizjologiczny roztwór soli, podawano leki nasercowe. Badanie moczu na diastazę (11. XI): 128 j. w 1 cm^3. Leukocytoza krwi 8.500. Badanie anatomopatologiczne wycinka ściany torbieli: „wycinek jest zbudowany z włóknistej, niezbyt zbitej tkanki łącznej, zaopatrzonej w dość soczyste komórki; wyściółki nabłonkowej brak" *(dr. J. Laskowski).*



Rys. 1.

Kontrolne badanie rentgenowskie (3 i 7. XII) wykazało: żołądek znacznie zniekształcony (rys. 2), prawdopodobnie wskutek zrostów pooperacyjnych; nadczynność żołądka; między XII pr. żebrem a wyrostkiem poprzecznym L_1 okrągły pier-

ścieniowaty cień wielkości monety 2-groszowej — zróżniczkowaliśmy go jako cień kamienia żółciowego *(dr Kowalewski).*

Jak wiadomo torbiele trzustki rozwijają się często u ludzi obarczonych kamicą żółciową — zwykle są to jednak torbiele prawdziwe. Powstają one wewnątrz otoczki trzustkowej na tle rozszerzenia przewodów gruczołu, najczęściej wskutek ucisku na przewód główny.



Rys. 2.

U naszego chorego mieliśmy do czynienia z torbielą wrzekomą. Po usunięciu jej i zagojeniu powstały w miejscu łożyska mocniejsze zrosty, które uwidocznił rentgenogram. Obecnie chory czuje się dobrze, opuścił szpital i jest przygotowywany do nowego zabiegu z powodu kamicy żółciowej.

Dyskusja:

Dr Horodyński zapytuje o etiologię torbieli, czy nie było urazu. Omawia przypadek własny, w którym po kopnięciu przez konia w brzuch wystąpiły napady bólów z wymiotami, a w 2½ mies. po urazie — bóle o charakterze niedrożnościowym. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono poniżej żołądka guz wielkości mandarynki, o cienkiej ścianie, wypełniony płynem opalizującym. Torbiel otwarto i sączkowano. Bóle ustąpiły, rana zagoiła się po 6 tyg., ale wystąpił jeszcze nawrót w postaci zebrania się płynu, zupełne zagojenie nastąpiło po 2 miesiącach.

Dr Goldstein: Torbiele wrzekome mają zwykle tło urazowe — pochodzenie zapalne jest mało prawdopodobne; natomiast torbiele prawdziwe są zwykle wrodzone. Zabieg operacyjny polega na marsupializacji (wszycie do otrzewnej ściennej poniżej lub powyżej żołądka). Gojenie się własnych przypadków trwało zwykle kilka miesięcy. Ostatni przypadek, operowany przed 6 laty zgłosił się przed rokiem z powodu nawrotu — badanie treści torbieli wykazało sprawę nawotworową wychodzącą z torbieli; *G.* obserwował dwa takie przypadki.

Dr Wiśniewski: Z obserwowanych 2 przypadków wrzekomych torbieli trzustki w jednym (10-letnia dziewczynka) był w wywiadzie uraz, w drugim, u chłopca 5 — 6 l., etiologia była niejasna; torbiel o grubej ścianie rozwinęła się b. szybko (w ciągu około 3 mies.); zabieg polegał na marsupializacji.

Doc. Zaorski w odpowiedzi wyjaśnia, że klasycznym tłem torbieli wrzekomych jest zapalenie trzustki, zwykle wskutek zatruć pokarmowych, z wytworzeniem się ognisk martwiczych w trzustce. W przedstawionym przypadku urazu nie było, ale przed 3 mies. były zaburzenia żołądkowe (stan zapalny trzustki?). Kamicę żółciową w tym przypadku należy operować w drugim etapie.

Dr J. Kossakowski:

Dwa przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowląt.

(Str. własne)

Operowane w ostatnich miesiącach dwa przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci w wieku niemowlęcym zasługują na omówienie ze względu na specjalny charakter oraz na rzadkość tego cierpienia w tym wieku.

Przypadek 1. dotyczy chłopca 8-miesięcznego przywiezionego do szpitala w końcu pierwszej doby choroby z rozpoznaniem ostrego zatrucia pokarmowego. Choroba zaczęła się nagle wymiotami, biegunką oraz znacznym niepokojem dziecka. Stan ogólny ciężki, ciepłota 38°,5, powłoki blade, rysy twarzy zaostrzone, tętno nitkowate, brzuch lekko wzdęty, miękki. Przy ucisku okolicy biodrowej prawej stwierdza się bólowe reagowanie dziecka, badanie przez odbytnicę ujemne. Z prawdopodobnym rozpoznaniem zapalenia wyr. rob. przystąpiono do zabiegu w uśpieniu eterowym. Stwierdzono przedziurawienie wyrostka oraz mętny płyn w ja-

mie otrzewnej (b. coli i paciorkowce). Po operacji stan stale pogarszał się i nazajutrz dziecko zmarło wśród objawów rozwijającego się zapalenia otrzewnej.

W przypadku 2. chłopiec 9-miesięczny przybył do szpitala w drugim dniu choroby (48 g.) z rozpoznaniem wgłobienia jelit. Klinicznie — objawy niedrożności, krwi w stolcu nie było. Podczas zabiegu stwierdzono przedziurawienie wyrostka i rozlane zapalenie otrzewnej. Niedrożność była pochodzenia porażennego. Nazajutrz po zabiegu dziecko zmarło.

Sprawa częstości występowania ostrego zapalenia wyr. rob. u niemowląt jest kwestią sporną, gdyż jedni uważają to cierpienie za rzadkie, inni zaś za rzadko rozpoznawane. Słuszniejszy jest pogląd o rzadkości cierpienia, za czym przemawia poza szeregiem innych przyczyn, wyłącznie mleczno-płynne pożywienie niemowląt. Statystyka *Curchmanna* na 1223 przypadki ostrego zapalenia wyr. rob. u dzieci przytacza tylko 9 u dzieci poniżej lat 5; w innych statystykach spotykamy liczby podobne.

Rozpoznanie w tym wieku jest bardzo trudne: wywiady przeważnie nie dają nic, skargi chorego są nieuchwytne. Pozostają jedynie objawy kliniczne: 1) biegunki, które nie są objawem charakterystycznym, ale u małych dzieci towarzyszą często ostremu zapaleniu wyrostka; 2) osłabienie ruchomości oddechowej brzucha po stronie prawej może mieć czasem wartość rozpoznawczą; 3) objaw zgięcia uda prawego przy ucisku pr. okolicy biodrowej jest ważnym objawem rozpoznawczym, o ile dziecko jest w stanie apatii (bezruchu) i o ile objaw ten występuje stale i tylko jednostronnie; 4) wymioty towarzyszące często temu cierpieniu od pierwszej chwili choroby; 5) ważnym objawem jest reakcja bólowa przy ucisku pr. okolicy biodrowej — objaw ten należy wywołać kilkakrotnie, przeprowadzając badanie delikatnie, wzmagając ucisk stopniowo; obrony mięśniowej w tym wieku wywołać niepodobna; 6) szybkie narastanie objawów otrzewnowych (wzdęcie, zaostrzenie rysów) może być pomocne w rozpoznaniu; 7) zupełna apatia po okresie początkowego niepokoju i ciężki stan ogólny jest objawem narastającego zatrucia.

Aczkolwiek rozpoznanie w tych razach nie należy do łatwych, a zwłaszcza okres początkowy cierpienia przechodzi niespostrzeżenie, to ze względu na możliwość wyleczenia operacyjnego w przypadkach wcześnie rozpoznanych, należy pamiętać o możliwości, i przy tym niezwykłej ciężkości tej sprawy chorobowej we wczesnym okresie dzieciństwa.

Dr W. Łążyńska:

Złamania nadkłykciowe ramienia u dzieci leczone zachowawczo.

(Str. własne)

Przedstawienie odległych wyników leczenia nadkłykciowych złamań kości ramiennej u dzieci, leczonych w oddziale chirurgicznym Warsz. Szpitala dla Dzieci. Przeprowadzono badanie sprawności czynnościowej stawu łokciowego u 10 chorych w okresie ½ — 5 lat po złamaniu; 8 poddano kontrolnemu badaniu rentgenowskiemu. Wszystkie te przypadki były leczone zachowawczo: w uśpieniu chloretylowym nastawienie złamania i unieruchomienie kończyny w zgięciu łokciowym. W wyniku przeprowadzonych badań kontrolnych okazało się, że w 9 przyp. zakres ruchów w stawie łokciowym jest zupełnie prawidłowy, w jednym istnieje pewne ograniczenie ruchów (65^0 — 160^0) — jest to przypadek świeży (od sierpnia r. ub.).

Porównanie pierwotnych zdjęć rentgenowskich z wykonanymi ostatnio wykazuje, że w przypadkach, gdzie nastawienie przemieszczonych odłamów nie było anatomiczne, obecnie doszło do prawie całkowitego powrotu do stosunków prawidłowych drogą przebudowy kości. Z drugiej strony — pomimo pewnych odchyleń od normy w szczegółach anatomicznych składników kostnych stawu łokciowego, które ujawniły się na rentgenogramach 3 przypadków — ruchy w stawie łokciowym i sprawność czynnościowa kończyny nie uległa ograniczeniu. Pozwala to w przypadkach z dużym przemieszczeniem, którego nie udaje się znieść drogą nastawienia bezkrwawego, spodziewać się uzyskania z czasem lepszej ruchomości w stawie łokciowym, niż bezpośrednio po nastawieniu.

Dyskusja:

Dr Sokołowski: Każde złamanie nadkłykciowe można nastawić, ale utrzymanie nastawienia nie zawsze jest możliwe. *S.* odstąpił od leczenia operacyjnego, ale załatwia te złamania gwoździowaniem przezskórnym, co jest nawet łagodniejsze od unieruchomienia gipsowego w ustawieniu zgięcia. *Matti* zwrócił uwagę na typ złamania (linia złamania przebiega przez fovea olecrani), którego

absolutnie nie można utrzymać w dobrym nastawieniu sposobami zwykłymi; jest to typ rzadki (4 — 5%) — gwoździowanie jest tu również b. trudne, ale tylko ono daje dobry wynik.

Przypadki z pierwotnym porażeniem nerwu promieniowego stanowią zawsze wskazanie do zabiegu operacyjnego, gdyż wczesny zabieg daje najlepsze rokowanie co do powrotu sprawności kończyny. W jednym z przypadków operowanych po upływie 10 dni od złamania stwierdzono uwięźnięcie nerwu pomiędzy odłamami; z powodu zniszczenia nerwu w miejscu uwięźnięcia trzeba było wykonać wycięcie i zeszycie nerwu, co daje rokowanie niepewne i wymaga długotrwałego leczenia, a czego możnaby uniknąć wykonując pierwotny zabieg krwawy.

Dr Wiśniewski: Po zdjęciu opatrunku unieruchamiającego należy dziecku pozostawić swobodę ruchów i nie stosować masaży, gimnastyki itp. Ruchy wracają samoistnie, a masaże i bierna gimnastyka w okresie wczesnym podtrzymują sztywność stawu.

Doc. Zaorski: W leczeniu złamań nadkłykciowych u dzieci postępowanie nie koniecznie musi być krwawe, a gwoździowanie nie zawsze jest wykonalne. Leczenie zachowawcze polega na nastawieniu i unieruchomieniu w zgięciu za pomocą dobrze podwatowanego opatrunku ze zwykłej opaski — opatrunków gipsowych nie stosuje się, conajwyżej wzmacnia się opatrunek opaską krochmalną. Wczesnych masaży nie należy stosować; przy opornie idącym wyrabianiu ruchów czynnych można dopomóc zmieniając ustawienie kończyny co kilka dni za pomocą odpowiednich opatrunków lub każąc nosić woreczki z piaskiem.

Doc. Łapiński: Złamania nadkłykciowe dotyczą najczęściej małych dzieci, u których nie ma jeszcze jąder kostnienia — wobec tego uważa wbijanie gwoździka za niewłaściwe i zbędne. Unieruchamiać należy nie zawsze w ustawieniu największego zgięcia, ale, zależnie od przypadku, w pozycji najkorzystniejszej. Wyniki leczenia zachowawczego są z reguły dobre.

Dr Sokołowski: Wbicie drucika jest bez wpływu niekorzystnego. Dobre ruchy w stawie nie są dowodem pełnowartościowości stawu i dobrego wyniku leczenia. W przypadkach złamania wyniosłości główkowatej k. ramiennej z odwróceniem odłamu tylko krwawe nastawienie i gwoździowanie może przywrócić stosunki anatomiczne i dobrą sprawność ruchową, nawet w przypadkach zastarzałych. Złamania nadkłyciowe u dorosłych *S.* leczy metodą *Zeno* (wyciąg drutowy za wyrostek łokciowy), osiągając dobre wyniki.

Dr J. Raczyński:

Zgorzel powłok brzusznych w przebiegu cukrzycy.

(Str. własne)

Chora K. W. 56 lat, przybyła 12.X 37 do szpitala SS. Elżbietanek z powodu kamicy wątrobowej oraz oparzenia powłok brzucha po zastosowaniu worków gumowych z ciepłą wodą. Chora podaje, że od 22 lat leczy się z powodu kamicy żółciowej, od 2-ch lat ma cukrzycę; kilkakrotnie była w Morszynie, ostatni raz w roku 1937. Napad kamicy wątrobowej przerwał kurację i chora została przewieziona do Lwowa; pozostawała w lecznicy w ciągu 2 tygodni (7 — 21.VIII) gorączkując. Po tym czasie wypisano ją do domu, gdyż podejrzewano, jak podaje otoczenie chorej, sprawę nowotworową i nie chciano operować. W domu chora łagodziła bóle lekami i przykładaniem ciepłych worków na okolicę wątroby. W tym czasie powstała wrzodzianka na karku; przed trzema tygodniami chora oparzyła się ciepłym workiem, wskutek czego pojawiły się pęcherze na powłokach brzusznych.

Przedmiotowo: ogólny stan ciężki, chora leży na lewym boku, jęczy, każde poruszenie sprawia jej dotkliwy ból. Ciepłota 38°, tętno 100/min. Budowa ciała prawidłowa, skóra bladawo-żółta o nadmiernie obfitej tkance tłuszczowej, rozłożonej równomiernie na całym ciele. Śluzówki zaróżowione, język podsychający. Na karku po stronie prawej ubytek wielkości pestki wiśni o dnie szarobrunatnym. Z ubytku wydziela się płynna ropa.

Serce: granice powiększone w wymiarze poprzecznym, tony głuche, rytm wahadłowy. Płuca: oddech pęcherzykowy, w dole płuc rzężenia zastoinowe. Brzuch obwisły, duży. Gdy chora leży na wznak to brzuch zwisa na stronę lewą; zwisanie to jest spotęgowane przez ogromnych rozmiarów przepuklinę pępkową.

Skóra nad całą jamą brzuszną i przepukliną oparzona (1° i 2°), miejcami pęcherze, miejscami obnażony naskórek. Omacywaniem nie daje się dokładnie stwierdzić stosunków anatomicznych z powodu oparzenia i gwałtownego oddziaływania chorej na dotykanie brzucha. Wyczuwa się jednak powiększoną wątrobę wystającą na 3 palce z pod łu-

ku żebrowego; jest ona bardzo bolesna. Kończyny dolne nieznacznie obrzękłe (żylaki).

Badanie moczu: cukier 1%, aceton ++. Cukier we krwi — 270 mgr/%. Leukocytoza 11.000.

Przeprowadzono leczenie w dwóch kierunkach: chirurgicznym (oparzenie) i wewnętrznym — (cukrzyca). Na oparzenie zastosowano 4% roztwór kwasu garbnikowego, a po wytworzeniu się strupa przysypywano bijotolem i bolus alba. Na razie pozostawiono ranę pod lekkim opatrunkiem gazowym. Z czasem rana zaczęła coraz więcej wydzielać, okazało się, że oparzenie sięga daleko głębiej niż się z początku zdawało. Na brzegach strupa poczęły się robić pęknięcia drążące w tkankę tłuszczową, obficie sączące. Rozległość oparzenia i duże rozmiary brzucha utrudniały zakładanie opatrunków, dlatego też zrobiono worek z gazy, który obejmował zwisającą część brzucha i działał równocześnie podtrzymująco (końce gazy były wiązane przy pomocy tasiemek obejmując tułów chorej). 6. dnia pobytu chorej w szpitalu zauważono powolne, ale coraz głębsze oddzielanie się zmienionych zgorzelinowo powłok, początkowo po stronie lewej u góry, po tym z prawej u dołu. Z czasem stwierdzono iż cała grubość powłok uległa zgorzeli, szczególnie w miejscu przepukliny. 11. dnia zauważono po stronie lewej wystającą pętlę jelita cienkiego.

Jednocześnie cukier powoli zmniejszał się: w moczu 0,2% potem ślady, wreszcie brak; we krwi — 184 mgr/%.

13. dnia pobytu w szpitalu zauważono obnażone pętle jelit w dole brzucha i u góry po stronie prawej. 19. dnia w czasie zmiany opatrunku stwierdzono wypadające z pomiędzy pętli jelit po stronie prawej kamienie żółciowe: znaleziono 6 różnej wielkości kamieni. Od tego czasu obserwowano stałe wypadanie kamieni (razem 34 sztuki). Objawów ogólnego zapalenia otrzewnej brak, jakkolwiek zaznaczają się objawy miejscowego, ograniczonego zapalenia otrzewnej.

21. dnia z górnej rany sączy się żółtawa ciecz przypominającą żółć. 23. dnia chora chwilami zamroczona. Brzuch twardy, napięty. Objaw Blumberga dodatni. Widać obnażone jelita i wątrobę. 25. dnia krwotok z któregoś nadżartego naczynia jelitowego spowodował zgon.

Powyższą historię przedstawiamy ze względu: 1) na wyjątkowo wielkie i głębokie oparzenie powłok, powstałe z błahego powodu (ogrzewanie powłok workami gumowymi); 2) na bezsilność naszą wobec schorzenia, gdyż nawet gdyby nie nastąpił krwotok, to i tak nie bylibyśmy w stanie pokryć ubytku, który powstał po całkowitym oddzieleniu się obumarłych powłok jamy brzusznej; 3) na obecność wolnych kamieni żółciowych, które tłumaczymy sobie tym, iż podczas ostatniego ataku kolki żółciowej pęcherzyk żółciowy pękł i kamienie zostały otorbione zrostami zapalnymi. Z chwilą kiedy zgorzel objęła całą grubość powłok i kiedy powstało połączenie z wolną jamą brzuszną, a zapalenie otrzewnej zaczęło się uogólniać, kamienie żółciowe zostały wydalone.

Posiedzenie zakończył odczyt *d-ra A. Galewskiego: Dietetyka w chirurgii w zarysie ogólnym.*

H. Ciszkiewicz

KRONIKA

KOMUNIKAT IZBY LEKARSKIEJ ŁÓDZKIEJ

W związku z uchwałą, powziętą na uroczystym posiedzeniu Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej dnia 14. V 1935 r. w sprawie konkursu na nagrodę im. Marsz. Józefa Piłsudskiego *za najlepszą pracę polską z dziedziny badań nad rakiem,* jaka ukaże się w przeciągu pierwszego trzechlecia od daty zgonu — Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej komunikuje, że termin nadsyłania prac przedłużony został do dn. 31 grudnia 1938 roku.

Regulamin nagrody konkursowej im. Marsz. J. Piłsudskiego.

1. Izba lekarska Łódzka uchwaliła ufundować nagrodę konkursową im. Marsz. Józefa Piłsudskiego.
2. Nagroda wynosi zł. 2.000.
3. Nagroda konkursowa im. Marsz. J. Piłsudskie-

go udzielona będzie w dniu 12 maja 1939 roku za najlepszą pracę oryginalną w dziedzinie badań nad rakiem, dotąd nigdzie niedrukowaną, napisaną w języku polskim i wykonaną w Polsce.

4. Prace konkursowe nadsyłać należy na ręce Prezesa Izby Lekarskiej Łódzkiej, Łódź, ul. Gen. Pierackiego 9, do dn. 31. XII 1938 r.
5. Prace konkursowe, oznaczone godłem obranym przez autora, powinny być nadesłane w dwuch egzemplarzach. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora.
6. Skład Sądu konkursowego: (patrz Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich Nr. 2/36).
7. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo przyznania nagrody w całości, podziału sumy na dwie nagrody, ewentualnie ogłoszenia ponownego konkursu.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA LEKARZY Z DZIEDZINY NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH

W Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbędzie się w dniach 7—19. II 1938 Kurs z dziedziny nowotworów złośliwych, urządzony przez Instytut Radowy przy współudziale wydziału lekarskiego U. J. P. z zapomogą Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego.

Kurs będzie obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne. Wykłady będą się odbywać w godzinach wieczorowych, zajęcia praktyczne — przedpołudniowych.

P r o g r a m w y k ł a d ó w:

1. Przyczyny powstawania nowotworów złośliwych — *prof. K. Pelczar.*
2. Obecny stan badań doświadczalnych nad n. z. — *dr Z. Zakrzewski.*
3. Serodiagnostyka w n. z. — *prof. L. Hirszfeld.*
4. Społeczna walka z rakiem — *dr B. Wajnert.*
5. Zarys histopatologii n. z. — *dr. J. Laskowski.*
6. Rentgenodiagnostyka w n. z. — *doc. W. Zawadowski.*
7. Podstawowe objawy kliniczne w n.z. i najczęstsze błędy, popełniane w ich rozpoznawaniu — *dr. F. Łukaszczyk.*
8. Zasady leczenia chirurgicznego — *doc. J. Rutkowski.*
9. Zasady leczenia energią promienistą — *dr F. Łukaszczyk.*
10. N. z. skóry i otworów zewnętrznych dróg naturalnych — *dr J. Laskowski.*
11. T. zw. przedrakowe stany skóry — *prof. M. Grzybowski.*
12. N. z. narządu wzrokowego — *prof. J. Lauber.*
14. N. z. nosa, gardła, krtani i uszu — *doc. D. Zuberbier.*
15. N. z. szczęk i ślinianek — *doc. J. Rutkowski.*
16. N. z. szyi — *doc. J.Rutkowski.*
17. N. z. płuc i śródpiersia — *prof. Z. Gorecki.*
18. N. z. sutka; stany przedrakowe sutka — *prof. Z. Radliński.*
19. N. z. przewodu pokarmowego — *doc. J. Rutkowski.*
20. N. z. macicy i pochwy — *doc. H. Beck.*
21. N. z. przydatków — *prof. T. Wilczyński.*
22. Zaśniady i nabłoniak kosmkowy złośliwy — *doc. T. Zawodziński.*
23. N. z. narządu moczowego i gruczołów płciowych — *dr S. Czubalski.*
24. N. z. kości i kończyn: a) rentgenodiagnostyka — *doc. A. Elektorowicz.* b) klinika — *prof. A. Wojciechowski.*
25. N. z. układu krwiotwórczego — *dr Z. Galinowski.*
26. Czynniki wpływające na wybór metody leczenia w n. z. — *dr F. Łukaszczyk.*
27. Leczenie ogólne w n. z. — *dr F. Łukaszczyk.*
28. Postępowanie w przypadkach nieuleczalnych — *prof. A. Wojciechowski.*

Z a j ę c i a p r a k t y c z n e:

przyjęcie chorych w Przychodni Instytutu Radowego, badanie, rozpoznawanie, stawianie wskazań leczniczych, pobieranie wycinków próbnych, odczytywanie klisz, zapoznawanie się z metodami leczniczymi itd.

Opłata za kurs — 30 zł. Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Kursu: *dr S. Noblinówna* — Warszawa 22, Instytut Radowy, Wawelska 15, tel. 9-37-38.

O m y ł k a d r u k u: W pracy *d-ra J. Falkowskiego* w N-rze II/11. str. 570 (szpalta II, wiersz 13 od góry) zamiast „tachyfiksja" winno być: „*tachyfilaksja*".

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w czwartym kwartale 1937 r.

Zestawił Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr. 8—10.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr. 10—12.
Czasopismo Sądowo-Lekarskie	(Cz. S. L.) Nr. 3—4.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 8—11.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr. 5.
Gastrologia Polska	(Gastr. P.) Nr. 3.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr. 4.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVI Nr. 7—10.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr. 5—6.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr. 4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr. 3—4.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr. 10—12.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXX Nr. 6—12.
Medycyna	(Med.) Nr. 19—24.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr. 1—3.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr. 17—24.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr. 19—24.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr. 1—4.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr. 5—6.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr. 40—52.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr. 9—12.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVI Nr. 5—6.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XV Nr. 4.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr. 46—48.
Therapia Nova	(T. N.) Nr. 9—12.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr. 37—48.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr. 10—12.

CHIRURGIA OGÓLNA.

317. **Wojciechowski A.** Istota i tory rozwojowe chirurgii. Med. Nr. 23, s. 819—823.

318. **Kossakowski J.** Wrażenia z oddziałów chirurgicznych niektórych szpitali dla dzieci zagranicą. Ch. P. Nr. 12, s. 607—615.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

319. **Weiner J.** Przypadek posocznicy wywołanej prawdopodobnie przez szczep zaerobizowany bac. perfringens. L. W. Nr. 10, s. 623—627.

320. **Rogalski M.** Przyczynek do rentgenoterapii promienicy. L. Kol. Nr. 3, s. 215—217.

B. N o w o t w o r y.

321. **Niewiadomski F.** W sprawie wczesnego rozpoznawania raka. Nowotw. Nr. 1—2, s. 181—185.

322. **Gasiński J.** Alkaloza krwi w nowotworach złośliwych. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1007—1025.

323. **Płońskier M. i Cyterman-Konowa R.** W sprawie metodyki odczynu Freund-Kaminer. Nowotw. Nr. 1—2, s. 283—284.

324. **Kowarzykowa Z.** O śródskórnej reakcji Freunda. Nowotw. Nr. 1—2, s. 304—306.

325. **Szabunia J.** Badania nad szybkością koagulacji cieplnej surowic w przypadkach nowotworów złośliwych. Nowotw. Nr. 1—2, s. 306—309.

326. **Zakrzewski Z.** O odporności przeciw złośliwym nowotworom. Nowotw. Nr. 1—2, s. 279—282.

327. **Jurasz A.** O leczeniu nowotworów złośliwych. Nowotw. Nr. 1—2, s. 146—153.

328. **Łukaszczyk F.** O obecnym leczeniu nowotworów złośliwych. Med. Prz. Nr. 3, s. 15—18.

329. **Kurzrok M.** W walce z rakiem. Med. Prz. Nr. 2, s. 25—27.

330. **Floksztrumpf M. i Kołodziejski J.** Współczesna chemo- i organoterapia raka w świetle własnych spostrzeżeń. Nowotw. Nr. 1—2, s. 213—227.

331. **Makower H.** O leczeniu dietetycznym chorych na raka. Nowotw. Nr. 1—2, s. 229—237.

332. **Thursz D.** Dożylna alkoholoterapia w raku, a układ siateczkowo - śródbłonkowy. Nowotw. Nr. 1—2, s. 238—242.

333. **Bylina S.** O organizacji kliniki i ośrodka nowotworów. Nowotw. Nr. 1—2, s. 40—54.

334. **Osuchowski M.** Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1934. Nowotw. Nr. 1—2, s. 29—36.

335. **Laskowski J.** O szczególnych postaciach raka płaskonabłonkowego. Nowotw. Nr. 3—4, s. 17—26.

336. **Malczyński S. i Drucker H.** O nadnerczakach. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1123—1140.

337. **Hrynkiewicz S.** Przypadek struniaka z omówieniem dotyczącego piśmiennictwa. P. G. L. Nr. 44, s. 849—853.

338. **Głowiński C.** Nowotwory. Piśmiennictwo polskie za rok 1936. Nowotw. Nr. 3—4, s. 72—99.

Ponadto o nowotworach patrz N-ry: 339, 349, 365, 369, 370, 372, 373, 382, 395.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

339. **Raszeja F.** Przyczynki do rozpoznania różniczkowego guzów kości. Nowotw. Nr. 1—2, s. 153—175.

340. **Lewenfisz M.** Przypadek choroby Recklinghausena (Osteodystrophia fibrosa generalisata Recklinghauseni). Med. Prz. Nr. 3, s. 18—21.

341. **Halpern F.** Wapniejące zapalenie kaletki maziowej. P. G. L. Nr. 49, s. 941—942.

342. **Gorzkowski E.** O wrodzonych brakach mięśni piersiowych. L. W. Nr. 6, s. 352—369.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

343. **Wolf J.** O przetaczaniu krwi. P. G. L. Nr. 44 (Prakt. Lek. ark. 10, s. 137—152).

344. **Wolfram K. i Pollak K.** Zakrzepy i zatory jako powikłanie pooperacyjne. W. Cz. L. Nr. 41, s. 769—773.

345. **Szymanowicz J. i Woliczko K.** Badania doświadczalno - kliniczne nad zapobieganiem zakrzepom u operowanych i położnic. Gin. P. Nr. 9—10, s. 834—839.

346. **Hilarowicz H., Bross W. i Kubikowski P.** Badania doświadczalne nad wartością zabiegów operacyjnych na nerwach trzewnych w leczeniu nadciśnienia samoistnego. P. P. Ch. Nr. 5, s. 939—957.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

347. **Czyżewski K.** Walka z bólem w ostatnich latach. Med. Prz. Nr. 3, s. 11—13.

348. **Teppa S.** Z badań nad lekami przeciwbólowymi i przeciwreumatycznymi. Med. pr Nr. 20, s. 427—431.

349. **Zakrzewski Z.** Wpływ narkozy na wzrost nowotworów oraz na oporność i odporność przeciw nim. Nowotw. Nr. 3—4, s. 3—16

350. **Falkowski J.** Spostrzeżenia kliniczne o przebiegu uśpienia, wywołanego dożylnym wstrzykiwaniem wodnego roztworu sennarcol-natrium. Ch. P. Nr. 11, s. 568—583.

351. **Mossakowski J.** Przyczynek do badań poziomu cukru we krwi po znieczuleniu awertyną. P. P. Ch. Nr. 5, s. 958—977.

352. **Heryng J.** Tężyczka dziecięca i tężyczka pooperacyjna. T. N. Nr. 12, s. 508—530.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

353. **Kucharski T.** Studia nad mechanizmem działania leczniczego związków paraaminobenzenosulfamidowych. Now. Lek. Nr. 21, s. 649—652.

354. **Bądzyński S.** Związki sulfamidowe w walce z paciorkowcami. Med. Prz. Nr. 2, s. 8—13.

355. **Hołobut W. S.** Z zagadnień lecznictwa tranem. Med. Prz. Nr. 3, s. 27—29.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

356. **Dega W.** Wskazania do leczenia ortopedycznego pourazowych okaleczeń narządów ruchu u ubezpieczonych od wypadków. Now. Lek. Nr. 23, s. 713—719.

357. **Wirszubski A.** O przejawach psychopatologicznych po amputacji. Med. Nr. 20, s. 709—710.

358. **Ostrouch M.** O białaczkach pourazowych. P. Ar. Med. Wew. Nr. 4, s. 1134—1141.

359. **Obarski F.** Rażenie prądem elektrycznym. L. Kol. Nr. 3, s. 195—214.

Patrz także N-ry: 362, 363, 397—400, 402.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

360. **Rużyczner A.** Rola ćwiczeń cielesnych w klinice. Ch. P. Nr. 11, s. 584—587.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.

361. **Konarska I.** Leczenie falami krótkimi w świetle piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych. Med. Nr. 19, s. 677—685.

Patrz ponadto N-ry: 320, 365.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

362. **Kossakowski J.** Spostrzeżenia z dziedziny obrażeń głowy u dzieci. Ch. P. Nr. 11, s. 544—558.

363. **Kranz S.** O wartości leczniczej rozczynów hipertonicznych w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki. W. Cz. L. Nr. 44, s. 837—840 i Nr. 45, s. 855—858.

364. **Lauterstein M.** Plastyka powiek, oraz plastyka oczodołu wolnym płatem. Kl. Ocz. Nr. 5, s. 584—586.

365. **Alkiewicz T.** Pokaz wyników leczenia radem raka skóry, wargi i jamy ustnej. Nowotw. Nr. 1—2, s. 198—201.

366. **Schatzker K.** Badania wstępne nad ograniczeniem ślinotoku w czasie zabiegów stomatologicznych. D. Stom. Nr. 5, s. 396—401.

B. S z y j a.

367. **Bogner J.** Zmiany limfatycznych gruczołów szyjnych w gruźlicy ustroju, w szczególności migdałków, i w innych schorzeniach, a ziarnica złośliwa. P. G. L. Nr. 40, s. 764—767 i Nr. 41, s. 787—789.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

368. **Hoben S.** Gruźlica sutka. P. G. L. Nr. 40, s. 767—769, Nr. 41, s. 790—792 i Nr. 42, s. 807—810.

369. **Łukaszczyk F.** Rak sutka. Med. Nr. 742—759.

370. **Michejda K.** Rak piersi. Nowotw. Nr. 1—2, s. 131—145.

371. **Gorecki Z.** Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie rozszerzeń oskrzeli. W. L. Nr. 11, s. 333—352.

372. **Burakiewiczówna i From M.** Z kazuistyki raka oskrzelowego. Med. Nr. 20, s. 710—712.

373. **Penecke R.** Występowanie raka oskrzeli na Śląsku Cieszyńskim. Nowotw. Nr. 1—2, s. 84—91.

374. **Bross W. i Lucken B.** Zmiany w krążeniu i objętości oddechowej pod wpływem zabiegów operacyjnych na płucach oraz ich rola w powstawaniu zjawisk wstrząsowych. P. P. Ch. Nr. 5, s. 978—990.

375. **Łapiński Z.** Leczenie ropni płuc. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1046—1066.

D. J a m a b r z u s z n a.

376. **Peter J.** Leczenie ubytku ściany brzucha wszczepieniem uszypułowanego odcinka sieci. Ch. P. Nr. 12, s. 601—607.
377. **Łonżyński H.** Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. T. N. Nr. 9, s. 365—378.
378. **Landau A. i Hejman W.** O skutecznym stosowaniu we wrzodzie okrągłym żołądka i dwunastnicy zastrzykiwań dożylnych bromku sodu i siarczanu atropiny. P. G. L. Nr. 51, s. 985—988.
379. **Róbin W.** 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych. W. Cz. L. Nr. 47, s. 889—890.
380. **Leśniowski A.** Guz zapalny trzustki. Gastr. P. Nr. 3, s. 1—4.
381. **Achmatowicz L.** Przypadek torbieli trzustki wyleczony za pomocą zespolenia torbieli z pęcherzykiem żółciowym bez podwiązania przewodu pęcherzykowego. Ch. P. Nr. 10, s. 509—511.
382. **Hofbauer T. F.** Przypadek mięsaka jelita cienkiego. Ch. P. Nr. 10, s. 506—509.
383. **Glass J.** O rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Monogr. Nr. 47, s. 1—48.
(288). **Łeszczijówna M.** Rak kiszki grubej (c. d.). Med. Pr. Nr. 17, s. 350—360, Nr. 18, s. 369—382 i Nr. 19, s. 393—410.
384. **Grynberg Z. i Brand J.** Przypadek przepukliny otworu przełykowego przepony (Hernia hiatus oesophagei). W. Cz. L. Nr. 47, s. 890—892.
385. **Łobacz S.** Przepukliny smugi białej, imitujące chorobę wrzodową żołądka. Med. Pr. Nr. 20, s. 421—426.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

386. **Lachs R.** O wartości próby Rehna w diagnostyce czynnościowej nerek. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1106—1122.
387. **Beaupré J. i Jasieński J.** O schorzeniach nerek i zabiegach na nerkach w przypadkach garbu i w skrzywieniach bocznych kręgosłupa. P. P. Ch. Nr. 5, s. 991—1006.
388. **Jasieński J.** O ropniach okołonerkowych. P. G. L. Nr. 48 (Prakt. Lek. ark. 11, s. 160-168).
389. **Beaupré J.** Przypadek autonefrektomii nerki gruźliczej. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1141—1150.
390. **Laufer F.** Choroba Adissona w przebiegu gruźlicy nerki. P. G. L. Nr. 50, s. 963—965.
391. **Fluderski L.** O stosowaniu kamforanu sześciometylenczteroaminy w zapaleniu miedniczek nerkowych. Med. Nr. 19, s. 675—677.
392. **Laufer F.** O kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Ch. P. Nr. 10, s. 497—506.
393. **Łobacz S.** Leczenie kamicy nerkowej neopancarpiną. Med. Pr. Nr. 24, s. 505—508.
394. **Graber A.** Przyczynek do leczenia chirurgicznego kamicy moczowodu. P. P. Ch. Nr. 5, s. 1026—1045.
395. **Ściesiński K.** O nowotworze złośliwym jądra zwanym seminoma. Nowotw. Nr. 1—2, s. 97—106.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

396. **Maciejewski A.** O leczeniu bocznego skrzywienia kręgosłupa. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1155—1174.
Patrz także Nr. 387.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

397. **Gruca A.** Szyna do leczenia złamań obojczyka. Ch. P. Nr. 10, s. 521—522.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

398. **Sokołowski T.** W sprawie zapobiegania i leczenia sztywności stawu kolanowego po złamaniu rzepki. Ch. P. Nr. 11, s. 559—568.
399. **Szulc J.** Seria przypadków złamania trzonu kości udowej, leczonych wyciągiem drutowym na improwizowanej pionowej szynie uda. Ch. P. Nr. 10, s. 511—520.
400. **Wagner T.** Dwa przypadki źle leczonego złamania kości udowej. Ch. U. Nr. 12, s. 620—623.
401. **Majewski J.** Próba Delbet-Mocquot i próba Perthesa w żylakach kończyn dolnych. P. P. Ch. Nr. 6, s. 1151—1154.
402. **Ciszkiewicz H.** Leczenie złamań kości piętowej sposobem Westhuesa. Ch. P. Nr. 12, s. 618—620.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. **Nr. 2**

LUTY 1938 R.

Biophytol

GĄSECKI

BIOPHYTOL Capsulae et pulv. — „GĄSECKI" Reg. Nr. 1846

Kwaśna sól wapniowo-magnezowa kwasu inozyto-sześciofosforowego

BIOPHYTOL Liquidum — „GĄSECKI" Reg. Nr. 1843

Obojętna sól sodowa kwasu inozyto-sześciofosforowego



Jest preparatem fosforu organicznego, wydzielonego z nasion roślin oleistych. Zawiera około 22% fosforu organicznego. Na rynku farmaceutycznym znajduje się w 3 postaciach: 1. kapsułek żelatynowych à 0,25, 2. proszku do receptury, 3. kropel jako dogodna postać w praktyce dziecięcej.

WSKAZANIA: Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, neurastenia, niemoc płciowa, niedokrwistość, brak łaknienia, rekonwalescencja, zołzy, krzywica, gruźlica, ciąża, okres karmienia.

SPOSÓB UŻYCIA: B I O P H Y T O L zażywa się w czasie lub po jedzeniu.

DOROŚLI. 3 razy dziennie po 2 kapsułki lub 25—35 kr.

DZIECI:	do 2	miesięcy	3 ×	dz. po	1	kr.
	od 2— 6	„	3 ×	„ „	2	„
	„ 6—12	„	3 ×	„ „	3	„
	„ 1— 2	lat	3 ×	„ „	4	„
	„ 2— 6	„	3 ×	„ „	5—10	„
	„ 6—10	„	3 ×	„ „	10—15	„
	„ 10—16	„	3 ×	„ „	15—25	„

lub po 1 kapsułce.

OPAKOWANIE: 1/ Capsulae — 1 pudełko zawiera 30 kaps. à 0,25
2/ Pulvis — 1 flakon „ 10 gr. proszku
3/ Liquidum — 1 „ „ 20 „ płynu

Oraz odmiany Biophytolu: Ferrobiophytol — „Gąsecki" w opakowaniu: 1 pud. zawiera 30 kaps. à 0,25. Sposób użycia: 3 × dz. po 1—2 kaps. w czasie jedzenia i Ferrobiophytol c. Arseno — „Gąsecki" — 1 pud. zawiera 30 kaps. à 0,25. Sposób użycia: 2 × dz. po 2 kaps. w 1/2 godz. po jedzeniu.

Chirurg Polski

ROK III. WARSZAWA, LUTY 1938 R. Nr. 2

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim.

Pęknięcie torbieli bąblowca wątroby do jamy otrzewnej

podał

Dr Janusz Peter
Dyrektor Szpitala.

Bąblowiec nie należy u nas do częstych zjawisk, tym bardziej pęknięcie jego torbieli do jamy otrzewnowej. Dlatego też podajemy taki przypadek, który niedawno mieliśmy w leczeniu; dotyczył on kobiety, 41-letniej wyrobnicy, która zgłosiła się do szpitala dnia 12.XI. 1937 r.

W y w i a d y: w dzieciństwie przebyła odrę i koklusz, poza tym nie chorowała. Dopiero w 37. r. życia, w pewien czas po drugim z zrzędu porodzie, pojawiło się pokaszliwanie, zadyszka i szybkie męczenie się. Niedomagania te uważała za skutek przepracowania; kiedy jednak stały się wyraźniejsze, zgłosiła się po poradę do lekarza. Po przepisanych przezeń lekach nastąpiła krótkotrwała poprawa; zmniejszył się kaszel, brzuch natomiast począł się powoli powiększać, czym zaniepokojona zwróciła się do szpitala. Tu wypuszczono jej kilka litrów płynu z jamy brzusznej, a po dwutygodniowym pobycie, z poprawą ogólną wypisano do domu. W kilka miesięcy później wróciła do szpitala z powodu ponownego, jeszcze większego powiększenia brzucha, wzmożonego kaszlu i osłabienia. Wystąpienie tych objawów lub ich nasilenie odbyło się bez jakichkolwiek bólów w klatce piersiowej i w brzuchu.

S t a n c h o r e j w dniu przyjęcia: budowy prawidłowej, odżywienia lichego; skóra szaro - żółtawa, sinica warg, nosa, małżowin usznych i palców. Powieki lekko nawiśnięte, kończyny dolne obrzękłe. Źrenice oddziaływują prawidłowo na światło. Odruchy prawidłowe. Oddech krótki, nasilony i przyspieszony, tętno miękkie, ponad 100 na minutę. Ciśnienie 110/65. Klatka piersiowa rozszerzona przechodzi w balonowato powiększony brzuch, na którego skórze rysują się porozszerzane żyły. Nad szczytami płuc wypuk nieco krótszy, niżej jawny. Dolne granice płuc słabo ruchome, przesunięte ku górze. Osłuchowo w górnych częściach płuc zaostrzone szmery oddechowe, poniżej rozlane świsty i drobnobańkowe, wilgotne rzężenia. Serce o granicach powiększonych, tonach nieczystych nad całym sercem i zaakcentowanym drugim tonie pulmonalnym. Brzuch chełbocący, niebolesny na ucisk. Macica w tyłozgięciu, jajniki niemacalne. Rentgenologicznie: przymglenie szczytów, obraz zastoju płuc, serce konfiguracji mitralnej. Mocz: urobilinogen wzmożony, poza tym bez odchyleń. Krew: mierna limfocytoza. Odczyn Wassermanna ujemny.

L e c z e n i e: napar cebuli ostrawki pomorskiej, chlorek amonowy, salyrgan. Nakłuciem wypuszczono z jamy brzusznej około 16 litrów płynu mętnego, z odcieniem brązowym. W rozmazie osadu liczne białe ciałka krwi, brak bakteryj. Wynik badania w P. Z. H. analogiczny. Po wypuszczeniu płynu przeprowadzono powtórne prześwietlenie rentgenowskie, stwierdzające prawidłowe zarysy śledziony i wątroby, a w lewej, pośrodkowej okolicy brzucha zaciemnienie nieostre, wielkości talerzyka, dające się przesuwać, przy ucisku niebolesne.

Z możliwości, mogących wchodzić w rachubę w tym przypadku, wysunęliśmy: gruźlicę, przewlekłe zapalenie otrzewnej po pęknięciu torbieli któregokolwiek narządu jamy brzusznej, w połączeniu z niedomogą krążenia. Rozpoznanie nowotworu odrzuciliśmy ze względu na długi przebieg choroby, przy niezbyt wyraźnym spadku sił, wychudzeniu i t.p.

Zadecydowaliśmy laparatomię próbną, którą przeprowadziliśmy w znieczuleniu miejscowym roztworem perkainy 1 : 800, z cięcia pośrodkowego, poniżej pępka, długości około 6 cm, a to w celu



Rys. 1.

ewentualnego wyłonienia pętli jelitowych i poddania ich naświetleniu promieniami pozafiołkowymi, przepuszczonymi przez filtr uwiolowy. Przy przecinaniu powłok uderzył nas wygląd otrzewnej: była szaro-żółtawa, bez połysku i mocno zrośnięta z tylną pochewką mięśniową, grubość zaś jej dochodziła do ½ cm. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynął z niej obficie płyn mętny, z białymi strzępkami i licznymi pęcherzykami kulistymi. Początkowo wydobywały się one z prądem małe, wielkości grochu, później nieco większe, dochodzące do średnicy 2 — 4 cm, w końcu podpłynęły do otworu rany tak duże, że dały się z niej wydobyć dopiero po rozciągnięciu hakami. Dochodziły zatem wielkości jabłka. Kiedy płyn przestał wypływać samoistnie, resztę jego wybrano chochelką, pęcherze zaś łyżką (rys. 1). Tkwiły one we wszelkich zagłębieniach, pomiędzy jelitami, w jamie Douglasa, w zachyłku kątniczym, w największej zaś ilości w pobliżu wątroby. Tu przeważały nie całe, lecz pęknięte, ze ścianami od dawna zapadłymi, z wejrzenia jakby nasiąknięte barwnikiem żółci. To naprowadziło *kol. Borysiewiczową* na myśl szukania torbieli macierzystej bąblowca w wątrobie. Znaleziono ją rzeczywiście w jej płacie prawym, na powierzchni wypukłej od strony bocznej, poza zagięciem wątrobowym wstępnicy. Torbiel była zapadła od dawna, jak o tym świadczyło zgrubiałe wejście do niej, szerokie na dwa palce. Zatykały je liczne pęcherze puste, z których już wypłynęły pęcherzyki wtórne. Ściana torbieli macierzystej od wewnątrz nierówna, śliska, pokryta masą torbielków, dających się zbierać palcem. Pęcherze pełne wymykały się z pod palców w głąb, tak że dawały się wybrać dopiero po przyciśnięciu ich do ściany torbieli. W całości waga wydobytych pęcherzy wynosiła do 3 kg. Niektóre z większych, po ich przecięciu, nie zawierały wtórnych pęcherzyków, inne były nimi szczelnie wypełnione, nie większymi od ikry jesiotra czy jajek żabich. Po możliwie dokładnym ich wybraniu z jamy brzusznej, z kolei zwróciliśmy uwagę na stosunki, panujące w niej samej.

Dla lepszego zorientowania się wprowadzono do jej wnętrza koniec lampy baktofosowej, przy czym odrazu wyjaśniło się nam owe zaciemnienie po stronie lewej w jamie brzusznej, obserwowane podczas drugiego, kontrolnego prześwietlenia jamy brzusznej (bez papki kontrastowej). Odnosiło się ono do kłębu jelita cienkiego, którego pętle zlepione ze sobą, znajdowały się jakby we wspólnej, grubej torbie otrzewnowej. Twór ten przylegał boczno - dolnym biegunem do ruchomej kątnicy, odgi-

nającej się łatwo, dzięki dość długiej krezce, ku linii środkowej ciała. Wyglądało to tak, jakby większy kłąb odciągał ją ku sobie, choć sam był wyposażony również w dość długą krezkę (radix mesenterii). Wyrostek niewidoczny, ukryty w grubych zrostach. Bieg jelit w owym kłębie zdradzały rysujące się na jego powierzchni płytkie bruzdy (rys. 2). Zlepienie się jelit w niczym nie przeszkadzało posuwaniu się treści pokarmowej; można było obserwować, jak odbywały się ruchy robaczkowe w poszczególnych pętlach podczas naświetlania promieniami pozafiołkowymi, a jeszcze lepiej pod wpływem uciskania ich palcem.



Rys. 2.

Cały twór „grał" sprawnie, widocznie przystosowany od dawna do takich warunków. Nie przykrywała go sieć wielka, w postaci zwykłego fartuszka, gdyż była ona zredukowana do grubego i wąskiego fałdu wzdłuż jej naturalnego przyczepu. Żołądek, śledziona, wątroba, macica, jajniki i t.d. pokrywała otrzewna tęga, chropawa, dziwnie mało bolesna na manipulacje. W jednostajnym, szaro-żółtawym jej tle odcinały się żywą barwą wiśniową strzępki jajnikowe. Esica na wolnej i długiej krezce, szczegół ważny w powikłaniu pooperacyjnym. Po naświetleniu wyłonionego na serwetkę kłębu jelitowego promieniami pozafiołkowymi, przepuszczonymi przez filtr uwiolowy, zamknięto jamę brzuszną szwem trzypiętrowym, po czym w znieczuleniu miejscowym roztworem perkainy 1 : 800, wszyto otwór torbieli w nową ranę, założoną od boku, wzdłuż prawego podżebrza. Po wprowadzeniu do jamy torbieli grubego drenu, przepłukano jej wnętrze roztworem rivanolu 1 : 200 i nałożono opatrunek z maścią tranową. Zmianę opatrunków przeprowadzano codziennie, przepłukując torbiel bądź rivanolem, bądź 2% roztworem formaliny.

W okresie pooperacyjnym zaszły dwa powikłania. Pierwsze w trzy dni po zabiegu, w postaci skrętu esicy, jak o tym można się było przekonać z niemożności wprowadzenia do niej zgłębnika i natychmiastowego powracania z kiszki stolcowej wlewanego do niej płynu. Udało się jednak uniknąć relaparatomii przez nadanie chorej pozycji kolankowej. Dzięki temu nastąpiło odwikłanie esicy. Zalecenie to opierało się na fakcie zaistniania, po wypuszczeniu z jamy brzusznej płynu wraz z bąblami wieńcogłówki, dużej luźnej przestrzeni pomiędzy powłokami brzucha, a jego trzewiami. Wysokość bowiem, jaką można było uzyskać bez trudu pomiędzy spoczywającymi trzewiami, a podciągniętą do góry (hakami) powłoką brzuszną, celem wprowadzenia baktofosu *Havlicka* i ułatwienia obejrzenia wnętrza jamy brzusznej, wynosiła ponad 25 cm. Rozumowanie okazało się trafne. Kiedy brzuch zwisł w dół, a później chora położyła się na wznak, wąż gumowy dał się łatwo wprowadzić do esicy i niebawem nastąpiło wypróżnienie.

Stan chorej poprawił się i przez tydzień był zadawalający. W 8-mym dniu zwyżka temperatury. Szwy rany poniżej pępka rozpuściliśmy z powodu zacieku. W dwa dni później w tym miejscu przebiła z jamy otrzewnowej ropa. W powstały otwór, po samoistnym rozluźnieniu szwów otrzewnej, podszedł kłąb jelitowy, dążąc do zatkania otworu. Pomimo tego groźnego powikłania stan chorej był stosunkowo po-

myślny. Chora mogła sama podnosić się i zmieniać ułożenie, przy czym kłąb nie wypadał na zewnątrz, ponieważ jego obwód przewyższał kilkakrotnie rozmiar rany operacyjnej. Podczas zmiany opatrunków chora sama przyjmowała pozycję kolankową, by umożliwić jak najdokładniejsze wypłynięcie ropy. Dla nas stało się jasne, że z chwilą otwarcia się pierwszej rany operacyjnej, pomimo pewnego przystosowania się otrzewnej do odczynu zapalnego, sprawa była przesądzona. Z dniem każdym chora stawała się coraz bardziej osłabiona i apatyczna. Choć nie gorączkowała, to jednak pogarszał się stan ogólny, apetyt zanikł, pojawiła się bezsenność, na dzień zaś przed zgonem zamazanie sensorium. Przez cały okres pooperacyjny, trwający 15 dni, brak było objawów towarzyszących zwykle zapaleniom otrzewnej, a więc wymiotów, bębnicy, bólów i t.p. Jedynie tętno stawało się coraz drobniejsze i coraz bardziej przyspieszone.

Oględziny pośmiertne wykazały: pojedyńczą, zapadniętą torbiel bąblowca wieńcogłówki w prawej kopule wątroby, od strony boczno-dolnej, wielkości głowy dziecka; ropne zapalenie otrzewnej, rozedmę płuc, rozstrzeń serca, niedomykalność zastawki dwudzielnej.

W przypadku powyższym nastąpiło rozpoznanie cierpienia dopiero po otwarciu jamy brzusznej. O bąblowicy nie myśleliśmy zupełnie, z powodów wielorakich. Przede wszystkim, z powodu braku charakterystycznych danych anamnestycznych, jak np. skarg na bóle w okolicy wątroby, pokrzywki ogólnej, spotykanej po pęknięciach bąblowca do jamy otrzewnowej i t.p. W chwili objęcia chorej w leczenie istniały objawy puchliny brzusznej, wątroba była niepowiększona, niebolesna, rentgenoskopia wykazywała zarysy serca mitralnego. Co dziwniejsze, pęknięcie bąblowca odbyło się u chorej bez jakichkolwiek zaburzeń, któreby zwróciły uwagę chorej. Po dokonanym zabiegu skierowywaliśmy kilkakrotnie pytania w kierunku, z któregoby można było dowiedzieć się o pęknięciu torbieli — jednakże bez skutku. Poza narastającym powoli spadkiem sił, brak tak ważnych objawów jak zapaść, pokrzywka, bolesność brzucha i innych, odnoszących się do zapalenia otrzewnej, przebiegających zazwyczaj burzliwie i dających znaczny procent śmiertelności. Poza tym u chorej było zaledwie 3% kwasochłonnych, w osadzie punktatu z jamy brzusznej nie stwierdzono charakterystycznych haczyków. Nie było ich również i w płynie ropnym, pobranym podczas zabiegu chirurgicznego. Brak ich było także w niektórych pęcherzach. Pozostawały jedynie badania nowoczesne, z odczynem precypitynowym czy wiązaniem dopełniacza, niepewnymi i zwodnymi, ponieważ wypadają one ujemnie w razie obumarcia pasożyta, w razie jego zropienia i zbyt zgrubiałej torebki, lub dodatnio przy innym tasiemcu, albo u chorych na przymiot, wreszcie z daleko od nich czulszą próbą śródskórną. Pierwsze odpadłyby zatem ze względów zrozumiałych, ostatniej zaś nie przeprowadziliśmy, ponieważ nie rozporządzaliśmy płynem z bąblowca ludzkiego czy zwierzęcego. Zresztą i ten odczyn wypada niekiedy dodatnio także w innych cierpieniach, np. raku krtani, tasiemcu i t.p.

W naszym przypadku niewątpliwie chodziło o zastarzałe pęknięcie bąblowca wątroby do jamy otrzewnowej. Wypadki takie były znane od dawna. Nie licząc źródeł obcych, natrafiliśmy na opisy i w piśmiennictwie polskim. *Perkowski* (71) przytoczył przypadek bąblowicy u robotnika, który spadł z drabiny, uderzając brzuchem o schodki. Wystąpiły nudności, osłabienie, w tydzień później jednak robotnik powrócił do pracy. *Ciechomski* (12 — 13, 14) operował tego samego pacjenta w 10 lat później z powodu zropienia olbrzymie-

go bąblowca wątroby. Po nacięciu tegoż nie usuwał innych guzów bąblowca, usadowionych wśród trzew, zwłaszcza w dolnej części brzucha. Po operacji chory oddawał się pracy przez dwa lata, aż w trzecim przywieziony został do szpitala z objawami zapalenia otrzewnej. Sekcja wykazała olbrzymie rozmnożenie się bąblowca we wszystkich narządach jamy brzusznej. *Krajewski* (ibidem) przytoczył również przypadek operowanego pęknięcia bąblowca wątroby do jamy brzusznej u chłopca 18-letniego. (Jak stwierdziliśmy przypadek ten nie dotyczył żadnego z 2-ch przypadków, podanych przezeń w Gazecie Lek. w 1886 r.).

Wypada nadmienić, że mniej więcej do połowy 19. wieku przypuszczano, iż pęknięcie bąblowca do jamy otrzewnowej pociąga za sobą zapalenie otrzewnej. Próbowano też, co prawda w nielicznych takich przypadkach, leczenia chirurgicznego. Dopiero *Finsen* (46) dowiódł, że przedostanie się do jamy otrzewnej niezakażonego przezroczystego płynu nie wywołuje zapalenia otrzewnej. Odtąd też zaniechano interwencji w wypadkach pęknięcia bąblowca do jamy brzusznej, wyjąwszy następstwa tego pęknięcia w postaci nowych, pochodnych guzów w innych narządach, wymagających usunięcia z tych czy innych względów. Inna rzecz, że pod wpływem zetknięcia się otrzewnej z płynem torbieli, powstające odczyny, tak ogólne, w postaci np. pokrzywki, jak i miejscowe, otrzewnowe, nie zawsze muszą być wyraźne. Mogą być tak słabe, że uchodzą uwagi nawet samych chorych, jak w naszym przypadku. W innych natomiast przebiegają wśród objawów zadrażnień otrzewnej. Z takim spotkaliśmy się u *Wygrzywalskiego M.* (102) w bąblowicy, ciągnącej się blisko 30 lat. W przebiegu schorzenia występowały epizody, przemawiające za krótkotrwałymi zadrażnieniami otrzewnej, najprawdopodobniej w związku z dalszymi pęknięciami torbieli do jamy lub w jamie brzusznej. Jest zrozumiałe, że otrzewna i ustrój przystosowują się z czasem do zmienionych warunków. Wyrazem tego — między innymi — byłoby to, iż otrzewna staje się coraz mniej wrażliwa na nowe bodźce drażniące i coraz bardziej grubieje, ustrój zaś nie reaguje pojawianiem się pokrzywki w razie nowych pęknięć pęcherzy.

Na marginesie tego przypadku dorzucimy nieco uwag, tyczących się piśmiennictwa lekarskiego polskiego, zajmującego się bąblowcem tasiemca wieńcogłówki. Wprawdzie o pasożytniczej naturze tego cierpienia wiedział jeszcze w 1760 roku *Pallas senior* (69), fakt ten jednakże nie odrazu dotarł do wiadomości ogółu lekarzy. Możliwe, że był znany *Ludwikowi Perzynie,* za czym mógłby przemawiać taki ustęp, wyjęty z „Lekarza dla włościan" (72): ...„żywot takowych (tj. brzuch chorujących na robaki) zawdy wielki, wzdęty i twardy, reszta ciała z rękami i z udami nadwiędła i flakowata, czasem ich pot zimny przechodzi..." „to się żółtość na ciało rzuca, nawet żółtaczkę cierpiący, nigdy prawie bez robaków nie bywaią." Możliwe też, że *Perzyna* w ogóle nie czytał dziełka *Pallasa,* choć znał język w którym było napisane, i że, jeśli kiedykolwiek miał sposobność oglądania pęcherzy bąblowca wieńcogłówki, np. u zwierząt, to określał je jako hydatidy, które były znane już w starożytności np. Hippokratesowi (48). Dokładniejsza znajomość etiologii cierpienia rozpoczęła się od 1819 roku, w którym ukazało się dziełko *Bremsera* (6), a właściwie jeszcze później, dzięki pracom *Siebolda* (32), który wykazał, że bąblowiec wieńcogłówki u człowieka i u niektórych zwierząt rozwija się z jaj, względnie z zarodków tasiemca wieńcogłowego, żyjącego jako dojrzała postać w jelicie psa. W Pol-

sce *Rymkiewicz* (81), ogłosił pracę na podstawie dziełka *Bremsera* o dwa lata wcześniej, aniżeli ukazało się tłumaczenie tego dziełka na język francuski (6a). Odtąd wiedziano o przenikaniu pasożytów do obiegu krwi. Dowodem tego praca *Kochańskiego* (42), który przed około 100 laty puszczając krew choremu, miał w niej jakoby dostrzec poruszającego się robaczka i przypuszczał, że był to hexateridium, czyli wągr. W ogólności jednak orientowano się słabo o sposobie rozwoju bąblowca. Świadczy o tym fakt, iż *Piotr Seifman* podejrzewał u 4 miesięcznego oseska istnienie bąblowca (PTLW. 1866, str. 88, T. 66) inni zaś zbyt pochopnie włączali do bąblowca wiele przypadków, nie mających z nim nic wspólnego. Działo się to do połowy 19 wieku, a nawet później, kiedy pod nazwą wodunek i hydatyd, żaglowało wiele pojęć, np. nadmiar wód płodowych (hydramnion) albo zaśniad groniasty (mola hydatidosa) itp. (105).

W pracach polskich podawano zazwyczaj niewielu własnych autorów; powoływano się i przytaczano głównie obce piśmiennictwo. Niektórzy tłumaczyli to rzekomym brakiem czy szczupłością prac polskich. W rzeczywistości jednak najprawdopodobniej większość nie wiedziała o tym, że bąblowca wieńcogłówki dawniej inaczej nazywano. Chcąc zapoznać się z własnym piśmiennictwem, pamiętać należy o gąszczu nazw lekarskich, panujących w wieku 19-tym przed ujednostajnieniem mianownictwa lekarskiego, które przypada na ostatnie ćwierćwiecze minionego stulecia. Nazywano bąblowca wieńcogłówkę albo: h y d a t y d a m i [*Bierkowski* (5), *Oettingen* (64), *Kuczyk* (50), *Le Brun* (52), *Iwaszkiewicz* (31)], albo w o d n i c ą [*Rymkiewicz* (81); nazwę tę spotykamy i w Poradniku zdrowia (76) i około 40 lat później u *Adamowicza* (1), *Majewskiego* (54) i in.], albo w o d u n k ą, p a s o ż y t e m w o d u n k o w y m [(*Sommer* (87), *Brodowski* (8), *Korzeniowski* (43), *Malcz* (56), *Kulski* (51)], albo z i a r n o w c e m [*Wygrzywalski* (102), *Gawlik* (26), *Szewczyk* (93), *Seifman i Hoyer H.* (84), *Mizerski* (60)], p ę c h e r z o w c e m [*Łuczkiewicz* (53)], g u z e m p ę c h e r z y k o w a t y m w o d n i s t y m [*Pietrzykowski* (73)], inni wreszcie b ą b l a k i e m [*Chłapowski* (18)], w końcu b ą b l o w c e m. Bąblowcowa choroba, b ą b l o w i c a, ostatnia na oznaczenie obecności bąblowca w wątrobie (27). Zaznaczyć należy, że mówiąc o bąblowcu, powinno się przy tym dodawać zawsze rodzaj tasiemca, gdyż bąblowiec może się odnosić również do tasiemca samotnego lub innego, np. tasiemca przewierconego.

Po wynotowaniu tutułów ze Słownika *Kośmińskiego* (45) i z Wykazu Oryginalnych Prac Lek. Polskich od 1831 do 1890 r. włącznie (101), zdawało się nam, że prac tyczących się bąblowca tasiemca wieńcogłówki ukazało się sporo w polskim piśmiennictwie lekarskim 19. wieku. Tymczasem, po wglądnięciu do czasopism, doznaliśmy rozczarowania. W obu bowiem dziełach znajduje się mnóstwo pozycyj, których dosłownie brać nie można za tytuły prac oryginalnych w dzisiejszym znaczeniu.

Gdyby tak było, wówczas dzieła te skurczyłyby się wydatnie. Jako przykład przytoczymy, iż podany w Wykazie tytuł: „*Oettingen O.* Hydatidy wątroby (acephalocystis) Pam. Twa Lek. Warsz. 1850. XXIII, 2. poszyt. str. 29 (64), odnosi się w rzeczywistości do krótkiej wzmianki, wyjętej z „Publicznego zdania czynności Twa Lek. Warsz. z 1848 r. przez jego sekretarza *Erazma Majewskiego*”, która brzmi dosłownie: „Kol. Oettingen przyprowadził na posiedzenie towarzystwa chorego z hydatidami wątroby (acephalocy-

stis)". To samo dotyczy i wielu innych pozycyj (tak samo zresztą, jak i w pismach z doby dzisiejszej (33), które zebraliśmy w osobną grupę streszczeń i wzmianek (W). Jest to może o tyle niefortunne, że niektóre streszczenia są obszerniejsze, aniżeli niejedna praca t. zw. oryginalna. Z tego też względu nie można ich pominąć, gdyż rzucają one pewne światło na ówczesne sposoby leczenia, powtóre i z tego względu, że niektóre ze sprawozdań, np. *Wł. Brodowskiego,* w zwięzłym i rzeczowym ujęciu, przedstawiają większą bodaj wartość, niż niejeden rozwlekły artykuł.

Niedokładność Wykazu polega jeszcze na wielu innych rzeczach. Np. przypadki bąbłowca są nie zawsze podawane pod nazwiskiem demonstratora, względnie leczącego, lecz obok nazwiska, przedkładającego sprawozdanie. W Wykazie istnieje np. na str. 305 notatka: *Le Brun A.* Hydatidy wątroby, PTLW. 1857, XXXVII, str. 282 (52). Po wglądnięciu do Pamiętnika Twa Lek. Warsz. okazuje się, że przypadek przedstawił *Pawlikowski K., Le Brun* zaś przedłożył „Sprawozdanie Lek. ze Szpitala Dziec. Jezus za kwartał I/1857 r."

Dalecy od zamiaru szczegółowego zaznajomienia się ze wszystkimi protokułami posiedzeń, lecz opierając się tylko na wynotowanych tomach czasopism, natrafiliśmy w nich na przypadki zapoznane, tyczące się bąblowca wieńcogłówki. I tak, prawdopodobnie jeden z przypadków wodnic (ascites) podanych przez *Syciankę* (91), odnosił się do tego bąblowca. U *Pietrzykowskiego* zaś (73), choć w swym przypadku nie wspomina o nim, to jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że tyczył się również bąblowca wieńcogłowego. Zespół, opracowujący Wykaz (101), zdawał sobie sprawę z podobnie mylnych rozpoznań. Dowodzi tego taki tytuł: *„Swierzbieński B.:* Wągrowiec (echinococcus) w wypukłości lewej mózgu". Podczas gdy w oryginale (Gazeta Lekarska. T. XIV, str. 257, 1873 r.) znajdujemy: „Węgrowiec (cysticercus cellulosae) na wypukłości lewej półkuli mózgu". (90). Czyli że autor miał na myśli bąblowca tasiemca samotnego, a nie wieńcogłówki. Zatem zespół redakcyjny powinien był przeprowadzić — zupełnie zresztą usprawiedliwioną, jak to wynika z opisu, — poprawkę, nie tylko w nazwie łacińskiej, ale i polskiej. Poza tym nie brak w Wykazie rzeczy niepoprawionych. Np. w dziale p. t. „Nowotwory mózgu" znajdujemy: *I. Krysiński* „Kołowacizna u człowieka, cysty w bocznej jamie mózgowej", PTLW. LXIII, 1860 (104), u *Kośmińskiego* to samo w tomie XLIII, podczas gdy z dyskusji, która się rozwinęła z powodu demonstrowania owych cyst, wynika, że chodziło o bąblowca wieńcogłówki. Powoływano się bowiem w niej na *Siebolda* (77) i *Küchenmeistera,* którzy położyli duże zasługi nad zbadaniem cyklu rozwojowego tego tasiemca, nazywanego przez Niemców: taenia echinococcus Siebold. Wreszcie niektóre rzeczy pominięto. Np. przypadek *Pląskowskiego,* interesujący z tego względu, że chory podczas kaszlu wydalał liczne pęcherze bąblowca wieńcogłówki, po przebiciu torbieli macierzystej, znajdującej się w wątrobie, przez przeponę do płuc i oskrzeli (o takim samym przypadku wspomniał wówczas i *L. Natanson).* Nie umieszczono również wzmianki o wodnicach wątroby, demonstrowanych przez *Adamowicza* na posiedzeniu lekarzy wileńskich w dniu 22.2 1864 r. (1).

Zasadniczo dla chcącego zapoznać się z materiałem głównym są to usterki o znaczeniu drugorzędnym. Wartość z przejrzenia własnego piśmiennictwa lekarskiego jest wieloraka. Pozwala nie tylko śledzić zmiany zapatrywań na rozmaite zagadnienia, ale i wprowadza nas niejako w krąg myślenia i działania ówczesnego

świata lekarskiego. Stare rozprawy posiadają nadto pewien swoisty urok. Są barwniejsze, lżejsze i nie tak oschłe, jak obecne. Ostatecznie, zawarte w nich, z punktu widzenia nowoczesnej medycyny oczywiste nonsensy, jak przepędzanie cholery strzelaniem z armat, leczenie padaczki sypianiem z barankiem, otwieranie pęcherza płodowego pocieraniem oń kawałkiem cukru itp. wywołują takie samo uczucie, jak niektóre zdarzenia z doby dzisiejszej. Są to w gruncie rzeczy przypadki z tego działu, jak przed stu bez mała laty szczęśliwe odprowadzenie przepukliny uwięźniętej, po uderzeniu w twarz pacjenta przez (prawdopodobnie zniecierpliwionego) eskulapa. Nic dziwnego, że ten, w dobie złych wyników chirurgicznych, wyraził żal, że sposobu tego nie można niestety zastosować we wszystkich przypadkach!

Wracając do rzeczy po tej dygresji, wspomnimy krótko o rozwoju sposobów leczenia u nas bąblowca wieńcogłówki. Otóż, zanim była znana natura pasożytnicza cierpienia, w myśl dawnych zasad, leczenie obejmowało cały ustrój, a nie było skierowane bezpośrednio na dany narząd. Zwracanie bowiem uwagi wyłącznie tylko na schorzały narząd, „z najbliższymi przyległościami", było pewnego rodzaju „obrazą dla reszty". Z chwilą poznania istoty cierpienia, próbowano stosować środki czerwiogubne. Jak wynika z pracy *Rymkiewicza* (79) i *Orkisza*, arsenał ich był bardzo pokaźny i niczym się prawie nie różnił od dzisiejszego. Rychło jednak przekonano się, że leczenie zachowawcze nie prowadziło do pożądanego celu. Nie pomagały również inne środki, jak nacieranie solą kuchenną, terpentyną, maściami: jodową i rtęciową, upust krwi, kalomel (solnik żywego srebra) jodek potasu itd. Pomyślne zejścia widywano niekiedy po przebiciu torbieli macierzystej, jak ropni, do sąsiednich narządów (2) lub na zewnątrz, dalej, po nakłuciach trójgrańcem. I choć każdy zabieg chirurgiczny krył wiele niebezpieczeństw z powodu nieznajomości aseptyki, to jednak ustalało się coraz bardziej mniemanie, że jedynym racjonalnym leczeniem jest tylko zabieg chirurgiczny [*F. Sommer* 1862 (85)]. Ponieważ nakłuwanie torbieli bąblowca przez wolną jamę brzuszną mogło spowodować zapalenie otrzewnej, starano się przeto doprowadzić wpierw do zlepienia się torbieli ze ścianą brzuszną, po czym dopiero nakłuwano torbiel i wypuszczano jej zawartość. Do tego celu, a więc do przeżarcia całej grubości ściany brzusznej, miała służyć tak zwana pasta żrąca wiedeńska czyli ciasto wiedeńskie (kal. et calc. caust. aa 6:100 spir vini dil.). Barbarzyński ten sposób, bardzo bolesny, wprowadzony w 1827 r. przez *Récamiera*, był rozmaicie modyfikowany. *Péan* przed przyłożeniem ciasta wiedeńskiego wbijał trógraniec w torbiel, *Gosselin* i *Trousseau*, w chwili utworzenia się lejka w mięśniu poprzecznym brzucha (n. b. pod wpływem działania tego ciasta) wbijał do guza strzałki, zrobione ze żrącej substancji. Te i inne pomysły dawały złe wyniki. Dopiero w dobie listerowskiej zyskały sobie uznanie dwie metody: *Volkmanna* i *Lindemanna*. Pierwsza, dwuczasowa (niesłusznie przypisywana *Beginowi* z 1830 r.) polegała na 2-ch aktach operacyjnych: a) otworzeniu jamy brzusznej naprzeciw największego wypuklania się torbieli i wsunięciu w brzegi rany gazy karbolizowanej, jodoformowanej itp. w celu wywołania zlepu pomiędzy otrzewną, a ścianą torbieli, b) nacięciu odsłoniętej torbieli w 4—11 dni później i wypuszczeniu jej zawartości, względnie wyłuszczeniu torbieli. Druga, jednoczasowa, ogłoszona przez *Kirchnera* w 1879 r., polegała na otwarciu jamy

brzusznej, wszyciu w jej ranę torbieli i doraźnym jej otwarciu.

Nacinanie zropiałej torbieli bąblowca, zrośniętej z powłokami brzusznymi, dokonywane były w Polsce od dawna. Znajdujemy o tym i opisy i wzmianki. Dokonywanie pierwszych zabiegów sposobem nowoczesnym przypada w udziale *Dintemu* (49), *Kaczorowskiemu* (34), *Krajewskiemu* (46) i innym. Obcenie stosuje się trzy metody: a) t. zw. marsupializację (określenie niestosowne, wprowadzone przez francuskich autorów — polegającą na otwartym leczeniu naciętej torbieli bąblowca, wszytej uprzednio do ściany brzusznej), b) leczenie zamknięte po doraźnym usunięciu torbieli pasożyta wraz z jego otoczką lub torebką włóknistą (enucleatio) po szczelnym zaszyciu rany wątroby i jamy brzusznej, c) usunięcie torbieli wraz z częścią wątroby. W razie wszycia otwartej torbieli do rany brzusznej, stosuje się przepłukiwania wnętrza torbieli najrozmaitszymi środkami odkażającymi. Nakłuwanie torbieli przez ścianę brzuszną uważać należy za błąd nawet, jeśli wprowadza się do jamy torbieli pasożyta środek odkażający, gdyż sposób ten nie chroni przed rozsianiem zarodków do jamy otrzewnowej. Do najczęściej używanych płynów odkażających należą: *van Svietena* (sublimat 1,0, 100 alkoholu, 900 wody), roztwory: sublimatu 1:500, 1:1000, formaliny: 1 : 100 *(Chaput)*, alkoholu, zawiesiny jodoformowej w glicerynie *(Billroth)* itp.

Z przejrzanego piśmiennictwa polskiego wynika, że najczęstszym siedliskiem bąblowca (podobnie zresztą, jak i w innych krajach) była wątroba, płuca, śledziona, nerki, u kobiet zagłębienie pomiędzy macicą a odbytnicą, rzadziej mózg, skóra, krezka, kości i tarczyca. Najczęściej spostrzegany był u osób w wieku średnim, najrozmaitszych zresztą sfer i zawodów.

Zdaje się, że omawiany bąblowiec z postępem kultury staje się coraz rzadszym zjawiskiem. Przed 85 laty *Szewczyk* (93) doniósł o 5-ciu przypadkach obserwowanych przezeń w stosunkowo niedługim czasie, z dzisiejszych, poza *Butkiewiczem* (9), który leczył 6 przypadków, inni podają pojedyńcze tylko przypadki. Np. w Klinice lwowskiej od 1920 do 1932 roku operowano zaledwie dwa przypadki. W rocznikach Pol. Gaz. Lek. od 1924 do 1937 roku spotykamy zaledwie trzy prace o bąblowcu i nie więcej wzmianek w protokułach posiedzeń naukowych. W Warsz. Czasopiśmie Lek. w 14 rocznikach nie ma żadnej o nim pracy, co wskazuje, że bąblowiec w Polsce należy do względnych rzadkości. W materiale sekcyjnym częstotliwość waha się między ¼—½% (100). Klinicznie dałoby się go prawdopodobnie tyle naliczyć w Polsce w ciągu 10 lat, ile notują szpitale w Bułgarii w jednym roku, a być może jeszcze mniej. Sądzimy tak na podstawie faktu, iż w Warnie w roku ubiegłym pokazano nam naraz kilka przypadków pozostających w leczeniu, przy czym ordynujący lekarz zaliczał bąblowicę do schorzeń częstszych w tym kraju. Jak częsty jest bąblowiec w krajach południowych, świadczy o tym doniesienie *Colombaniego*, który w szpitalu w Sebenico, w ciągu 6-ciu lat leczył 135 przypadków (96) (Zbl. f. Chir. 1908) w szpitalu zaś w Buenos Aires od 1901 — 1910 leczono 1366 przypadków (Rev. de Chir., Nr 4, 1901).

Kończąc składam podziękowanie Drowi *Kotuli*, Dyrektorowi Biblioteki Uniwersyteckiej we Lwowie za wypożyczenie dzieł do 1890 roku i Drowi *Konopce*, Dyrektorowi Biblioteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, za zestawienie i użyczenie dotyczącego piśmiennictwa od 1890 do 1936 roku.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Adamowicz A. F.:* Wodnice wątroby. Pos. lek. wil. z dnia 24.2.1864, Tygodnik Lekarski (TL.) (W), 2. *Bącewicz J.:* Przykład szczęśliwie uleczonego ropienia wątroby. Pamiętnik Lekarski Warszawski (PLW.) 1828, 3. *Begleiter H.:* Przyczynek do parazytologii bąblowca w środkowym układzie nerwowym człowieka. Lwowski Tygodnik Lekarski (LTL.) 1913, T. 8, 57, 73, 4. *Berenstein:* Przypadek bąblowca łącznicy u dziecka 3 letniego. Czasopismo Lekarskie (CL.) 1900, T. 2, Nr 2, 76 (W), 5. *Bierkowski L.:* Przykład nadzwyczajnie wielkiej wątroby, połączonej z tumorem torebkowym znacznej wielkości, zawierającym w sobie hydatydy. PLW. 1929, T. 2, s. 465, 6. *Bremser:* Ueber lebende Würmer im lebenden Menschen. Wiedeń, 1819, 6a. *Bremser:* Traité zoologique et physiologique sur le vers intestinaux de l'homme. Paris. 1825, 7. *Blumenstock L.:* Bąblowiec wątroby (śmierć naturalna czy skutkiem urazu). Przegląd Lekarski. (PL.) 1889, T. 28, s. 546, 8. *Brodowski W.:* Echinococcus hepatis. Gazeta Lekarska (GL.) T. 7, s. 433, 1869, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (PTLW.) 1869, T. 61, s. 53 i PTLW. T. 67, s. 261 (W), 9. *Butkiewicz T.:* W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego bąblowca wątroby. Medycyna (M.) 1931, Nr 1, s. 5 — 10 i Nr 2, s. 44 — 49, 10. *Celichowska J.:* Przypadek bąblowca mózgu i wątroby u 5½ letniej dziewczynki, zmarłej wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przegląd Pedjatryczny (PP.) 1914, T. 6, Nr 5, s. 503 — 504 (W), 11. *Ciechomski:* Przedstawienie chorego, operowanego z powodu bąblowca wątroby. Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny (PCHiG.) 1909, T. 1, s. 363—364, Pos. Twa Lek. Warsz. z dnia 13.V 1909 (W), 12. *Ciechomski:* Przedstawienie preparatu wątroby, zajętej przez nierozpoznany za życia bąblowiec. Sprawozdanie z posiedzeń Sekcji Chir. Warsz. Twa. Lek. 1906, Nr 2, s. 34 — 35 (W), 13. *Ciechomski:* Operacja zropiałego bąblowca wątroby. Sprawozd. z pos. Sekcji Chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37 (W), 14. *Ciechomski:* O postępowaniu operacyjnym w bąblowcu wątroby. PCHiG. 1910, T. II, s. 96 — 104 (Streszcz. odczytu na pos. chir. Twa Lek. War. z dnia 27.V 1909 (W), 15. *Ciechomski:* Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia urazowego. Gazeta Lekarska (GL.) 1898, 16. *Chłapowski F.:* Bąblowiec wątroby. PL., T. 26, s. 665, 1887 (W), 17. *Chłapowski F.:* Bąblowiec płuc. PL, 1887, s. 135 (W), 18. *Chłapowski F.:* Bąblak wątroby (dyskusja). Nowiny Lek. (NL.) 1899, T. 11, s. 31 (W), 19. *Czarkowski:* Bąblowiec wątroby. Spr. pos. Sekc. Chir. War. Twa Lek. 1906, s. 36 (W), 20. *Czerwiński C.:* Dwa przypadki ciąży, powikłanej obecnością bąblowca w tkance okołomacicznej. PCHiG, 1914, T. 10, s. 354, 21. *Daum L.:* Przypadek rozsianego bąblowca w jamie brzusznej. Polska Gazeta Lekarska (PGL.) 1931, II, 22. *Drobnik T.:* Przypadek bąblowca wątroby. NL, 1899, T. 11, s. 31, 23. *Fidler A.:* Przypadek bąblowca wątroby. M, 1931, Nr 21, s. 747 (W), 24. *Fidler A.:* Przypadek bąblowca wątroby. PGL, 1931, Nr 49 (W), 25. *Gabszewicz:* Rzadsze przypadki bąblowca nerki i otrzewnej. PL, 1911, T. 50, s. 471 — 473, 26. *Gawlik J.:* Przyczynek do ajtyologii żółtaczek. Przegl. Lek. 1864, s. 51 (W), 27. *Gedroyć:* Słownik Lekarski Polski, 28. *Gliński:* Okaz bąblowców śledziony. PL, 1902, T. 41, s. 658 (W), 29. *Goldstein P.:* Przypadek operowanego bąblowca płuc. Polski Przegląd Chirurgiczny (PPCh) 1935, T. 14, Nr 6, s. 856 — 858, Spr. z pos. Twa. Chir. Warsz. (W), 30. *Hertz R.:* O odchyleniu dopełniacza w przypadkach bąblowca. Medycyna i Kronika Lekarska (KL) 1911, R. 46, Nr 20, s. 453 — 457, 31. *Iwaszkiewicz B.:* Hydatydy w śledzionie. TL, T. 18, s. 175, 1864, Prot. pos. lek. wil. z dnia 25.IV 1864 (W), 32. wg *Jaccouda S.:* Wykład Patologii Szczegółowej. 1884, T. 3, s. 84, 33. *Jelenkiewicz:* Bąblowiec wątroby. Łódzkie Two Lek. pos. z d. 22.II 1928, Pol. Gaz. Lek. Nr 35, 1928, s. 638 (W), 34. *Kaczorowski T.:* Bąblowiec mózgu. PL, T. 16, s. 60, 1877 (W), 35. *Kaczorowski T.:* Operacja bąblowca wątroby. PL, 1883, T. 22, s. 10 (W), 36. *Kaczyński K.:* Pokaz preparatu bąblowca. PTLW, 1910, T. 106, s. 261 (W), 37. *Kader B.:* Przypadek bąblowca wątroby. Przegląd Lek. 1902, s. 106 (W) i Przegląd Chir. 1914, 38. *Kaplan A., Konopnicki J.* i *Piechowska J.:* Z kliniki guzów płucnych. Med. 1931, Nr 7, s. 213 — 214, 39. *Kapuściński B.:* Bąblowiec wątroby. PL. 1878, T. 17, s. 25 (W), *R. Kijewski F.:* Przypadek bąblowca stercza. PChr. 1911, T. 5, s. 231 (W), 41. *Kitzler J.:* Przyczynek do chirurgicznego leczenia bąblowca wątroby. GL. 1911, Nr 11, s. 275 — 280, Nr 12, s. 309 — 312, i Nr 13, s. 331 — 337, 42. *Kochański W.:* Robaczek (hexateridium cysticercus cellulosae) w żyle ramieniowej. PTLW. 1839, T. 2, s. 38, 43. *Korzeniowski H.:* Wodunki w ścianie brzusznej. PTLW. T. 62, 1869, s. 339 (W), 44. *Kosiński J.:* Bąblowiec wątroby u 5-l. dziewczynki. PTLW. T. 76,

1880, s. 727 (W), 45. *Kośmiński S.:* Słownik Lekarzów Polskich. 1888, 46. *Krajewski W. H.:* Bąblowiec jamy brzusznej i jego leczenie. Kronika Lekarska. 1886, Nr 1 — 6, 47. *Krajewski W. H.:* Przypadek pęknięcia bąblowca wątroby do jamy brzusznej. Sprawozd. z pos. sekc. chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37 (W), 48. wg *Krajewskiego* z *Neissera A.:* Die Echinococcuskrankheit. Berlin. 1877, 49. Cyt. z pracy *Krajewskiego* z r. 1886, KL. 1 — 6, 50. *Kuczyk F.:* O leczeniu tumorów przez nacisk. PLW. 1828, s. 106 (W), 51. *Kulski J.:* Torbiel wodunkowa. KL. zagraniczna, PTLW. 1866, T. 55 (W), 52. *Le Brun A. A.:* Hydatidy wątroby. PTLW. 1857, T. 37, s. 282 (W), 53. *Łuczkiewicz H.* i *Rosenzweig:* Wykład prof. Oppolzera o tumorach, czyli guzach w jamie brzusznej. PTLW. 1862, T. 47, s. 51 — 123 (W), 54. *Majewski E.:* Echinococcus mózgu. TL. 1863, T. 17, s. 371 (W), 55. *Makowski J.:* Bąblowiec wątroby. PL. 1913, R. 52, Nr 24, s. 372 (W), 56. *Malcz L. M.* (Streszcz. *Demarquaya*): Nowy sposób leczenia wodunków wątroby. PTLW. 1866, T. 56, s. 220 (W), 57. *Matlakowski W.:* O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego. GL. 1890, 58. *Mayzel:* Bąblowiec nerki. PTLW. 1894, T. 90, s. 197 (W), 59. *Mieczkowski:* Pokaz bąblowca usuniętego z wątroby. Nowiny Lek. 1908, T. 20, Nr 4, s. 268 (W), 60. *Mizerski A.:* Echinococcus w moczu. Pos. Twa Lek. Poznań. z d. 19.12.1867, PL. 1868, T. 7, s. 131 (W), 61. *Oderfeld H.:* Przypadek bąblowca umiejscowionego w cavum Retzii. PTLW. 1901, T. 97, s. 517 (W), 62. *Oderfeld H.:* Bąblowiec wątroby symulujący kamicę żółciową. Sprawozd. z pos. Sekc. Chir. Twa Lek. Warsz. 1906, s. 35 (W), 63. *Oderfeld H.:* Pokaz prepar. bąblowca wątroby. Spr. z pos. chir. TLW. 1908, s. 54 (W), 64. *Oettingen O. L.:* Hydatydy wątroby (acephalocystis). PTLW. T. 23, 1850, poszyt 2, s. 29 (W), 65. *Okoński M.:* Przypadek podprzeponowego bąblowca wątroby z przebiciem się do opłucnej, płuca i oskrzela. Lekarz Kolejowy. 1932, R. V, Nr 3, s., 57 — 62, 66. *Olszewski:* Przypadek torbieli bąblowca w sutce. Czasopismo Lek. 1900, T. 2, s. 191, Pos. Twa Lek. Łódzkiego z dn. 21.3.1900 (W), 67. *Onyszkiewicz T.:* O bąblowcu wątroby na podstawie przypadków klinicznych. PGL. Nr 8, 1933, s. 150 — 152, 68. *Orkisz J.:* Lekarstwa przeciw soliterowi czyli tasiemcowi. PTLW. T. 41, 1859, s. 232, 69. *Pallas P. S.:* De infestis viventibus intra viventia. 1760, (wg *Rusta*), 70. *Parczewski:* Preparat bąblowca mózgu. Polski Przegląd Chir. 1924, T. 3, Nr 1, s. 93 — 94 (W), 71. *Perkowski:* Pęknięcie bąblowca do jamy otrzewnowej. Spraw. z pos. Sekcji Chir. przy Warsz. Twie Lek. 1906, s. 37, Dodatek GL. Nr 52, s. 37 (W), 72. *Perzyna L.:* Lekarz dla włościan, czyli rada dla pospólstwa w chorobach i dolegliwościach naszemu kraiowi albo właściwych, albo po większey części przyswoionych, każdemu naszego kraiu mieszkańcowi do wiadomości potrzebna, przez b. Ludwika Perzynę zakonu braci miłosierdzia w rodowym ięzyku napisana. Kalisz 1793, 73. *Pietrzykowski J. K.:* Guz pęcherzykowaty wodnisty w macicy. TL. T. 14, 1860, s. 315, 74. *Pomper:* Wycięcie częściowe wątroby w przypadku bąblowca wielokomorowego; bąblowiec w dole Douglasa; bąblowiec wątroby; bąblowiec śledziony. PPChir. 1924, T. 3, Nr 4, s. 505 — 507 (W), 75. *Pomorski:* Bąblowiec wątroby u 12-letniej dziewczynki. Now. Lek. 1905, T. 17, Nr 2, s. 110 (W), 76. Poradnik zdrowia dla mieszkańców po prowincyach czyli wybór nayużywańszych środków, sposobów y rad lekarskich w chorobach y przypadkach naypowszechniey i nayczęściey się zdarzaiących z pisarzów dziś w Europie naywięcey poważanych. Wrocław, W. B. Korn, 1822, 77. Pos. lek. wil. z dnia 22.2 1864 (W), 78. *Preibisz:* Przebicie bąblowca do żołądka. PL. 1887, T. 26, s. 666 (W), 79. *Radwan:* Przypadek bąblowca jamy brzusznej. PPChir. 1927, T. 6, Nr 2, s. 340 — 341 (W), 80. wg *J. N. Rusta* b. prof. Uniwers. w Krakowie: Handbuch der Chirurgie. T. 9, s. 112 (nazwę acephalocystis wprowadził *Laennec* w dziele: Mém. sur les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain. Bull. de l'ecole de méd. pour l'an XIII, Nr 10), 81. *Rymkiewicz F.:* O robakach żyiących w ciele człowieczem. Dziennik med. chir. i farmacyi. Wilno, 1822, T. 1, s. 419 — 464, 82. *Rzędkowski:* GL. T. 17, s. 351 (W), 83. *Schilling-Siengalewicz S.:* Bąblowiec tasiemca wieńcogłowego tarczycy. Now. Lek. 1930, Nr. 20, s. 670 — 671, 84. *Seifman P.* i *Hoyer H.:* PTLW. 1866, T. 66, s. 88, Prot. pos. z dnia 15.V 1866 (W), 85. *Slawiński:* Dwa przypadki bąblowca w lewym płacie wątroby. Spraw. pos. Twa Chir. Warsz. z dnia 28.VI 1926, PPChir. T. 6, Z 2, 1927, s. 341 (W), 86. *Sołowiejczyk:* Przypadek bąblowca uda. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych. 1924, R. III, Nr 3, s. 178 (W), 87. *Sommer F.:* Przypadek pasożytów wodunkowych w wątrobie postrzegany na klinice prof. Chałubińskiego. PTLW. 1862, T. 47, s. 289 i T. 48, s. 24, 88.*Stankiewicz W.:* Bąblowiec wątroby. PTLW. T. 78, 1882, s. 79 (W), 89. *Stankiewicz W.:* Bąblowiec wątroby. Spraw. z Sekc. Chir. przy War. Twie Lek. 1906, s. 36, 90. *Świerzbiński B.:* Węgrowiec (cysticercus cellulosae) na

wypukłości lewej półkuli mózgu. GL. T. 14, 1873, s. 257, 91. *Sycianko J.:* Postrzeżenia lekarskie w szpitalu i praktyce prywatnej gub. tambowskiej. TL. 1860, s. 304 (W), 92. *Szancer B.:* Echinococcus macicy u dziewczyny 12-letniej. PTLW. T. 73, s. 507, 1877, 93. *Szewczyk J.:* Przyczynek do kazuistyki klinicznej ziarnowca wątrobowego (echinococcus hepatis). PL. 1864, s. 121, 137, 145, 153, 94. *Troczewski A.:* Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. GL. 1895, T. 15, Nr 6, s. 141—144, 95. *Wajs E., Waserman H.* i *Kosiński W.:* Niezwykły przypadek pneumokokowego zropienia bąblowca wątroby. Nowiny Lek. 1927, Nr 22, s. 764 — 766, 96. *Warchoł L.:* W sprawie podprzeponowego bąblowca wątroby. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1920, T. 10, Nr 1, 2, 97. *Węgrzynowski L.* i *Zier:* Bąblowiec klatki piersiowej. PGL. Nr 10, 1936, s. 190 (W), 98. *Wertheim* i *Tonenberg:* Pokaz chorej, operowanej powtórnie z powodu nawrotu bąblowca o dość rzadkim umiejscowieniu. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych. 1935, T. 14, s. 168 — 169, 99. *Wertheim A.:* Bąblowiec płuca. Spr. z pos. T-wa Chir. Warsz. z d. 22.10.1934, PPChir. T. 14, Z. 6, 1935 (W), 100. *Winiarski J.* i *Żenczykowski W.:* Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. ,GL. 1903, T. 23, Nr 21, s. 482 — 484, Nr 22, s. 513 — 516 i Nr 23, s. 539 — 544, 101. Wykaz Oryginalnych Prac Lekarskich Polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie (pod red. *K. Chełchowskiego),* 102. *Wygrzywalski M.:* Ziarnowiec wątroby. GL. 1872, T. 13, 103. *Zielewicz J.:* Bąblowiec wątroby. PL. 26, s. 695, 1887 (W), 104. *Krysiński I.:* Kołowacizna u człowieka, cysty w bocznej jamie mózgowej. PTLW. T. 43, 1860, s. 99 i TL. 1860, s. 6 (W), 105. *Szancer B.:* Odpowiedź na krytykę dra *Aptego.* PTLW. 1872, s. 697.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Ein Fall von den in die Bauchhöhle geplatzten Leberechinococcus

v.

Dr J. Peter (Tomaszów Lub.).

Mitteilung über einen Fall von den in die Bauchhöhle geplatzten Leberechinococcus, bei einer 41 jährigen, herzkranken Frau. Das Ereignis fand vor 2—3 Jahren statt, wie man nach langsam sich entwickelnden und zunehmenden Ascites vermuten kann. Es fehlten dabei vollkommen gewöhnliche Erscheinungen, wie Urticaria, Schmerzen in der Lebergegend oder andere vorübergehenden Symptomen. Keine Anhaltspunkte nach Blut - und Punktatuntersuchungen, so dass die Diagnose erst bei Probelaparatomie fastgestellt werden konnte.

Zusammenstellung der entsprechenden polnischen Literatur vom Jahre 1793 bis 1936, welche über 100 Positionen umfasst.

K A Z U I S T Y K A

Z Oddziału chir. II (Prym. Dr *A. Wolf)* i Pracowni rentgenowskiej (Prym. *Dr M. Penzias)* Szpitala im. Lazarusa we Lwowie.

Przyczynek do rozpoznawania naczyniaków jamistych

podali

Dr M. GRAF i Dr C. ROBINSON.

Dnia 15.XI 1937 przyjęto na oddział chorą O. M., lat 37, której wywiady są następujące:

Od 10-ciu lat, rzekomo po jakimś urazie, nieznaczne powiększenie objętości trzeciego palca ręki prawej, które żadnych dolegliwości nie sprawiało. Chora podaje, że nie zauważyła ani zmiany zabarwienia skóry, ani stwardnień w obrębie obrzęku. Przed dwoma laty schorzenie kręgosłupa, z powodu którego leczona była w szpitalu z rozpoznaniem gruźlicy kręgosłupa i stawu krzyżowo-biodrowego prawego. Dłuższy czas leżała w łóżku gipsowym, a obecnie stale nosi gorset.

Przed czteroma tygodniami zauważyła, że obrzęk palca znacznie się powiększył, wystąpiły bóle, zaczerwienienie i obrzęk skóry oraz upośledzenie ruchomości obu stawów międzypaliczkowych.

S t a n m i e j s c o w y: trzeci palec ręki prawej po stronie dłoniowej wrzecionowato zgrubiały, przy czym w miejscu największego wypuklenia obwód palca zwiększony jest dwukrotnie. Obrzęk w stosunku do osi długiej palca jest asymetryczny, z przesunięciem ku stronie przyśrodkowej. Skóra obrzękła, nacieczona, bez zmian zabarwienia; przy obmacywaniu bardzo znaczna bolesność, przy czym stwierdza się opór o konsystencji twardej, wielkości dużego orzecha laskowego, względem skóry nie przesuwalny, względem podłoża nieznacznie ruchomy. Ruchy czynne obu stawów międzypaliczkowych zniesione, bierne — znacznie zmniejszone.

Klinicznie wchodziły tu pod rozwagę następujące stany chorobowe: *gruźlica trzonu paliczka (spina ventosa);* cierpienie to nasuwało się przede wszystkim wobec gruźlicy w wywiadach; przeciw temu przemawiały następujące okoliczności: kształt ekscentryczny, zajęcie okolicy międzypaliczkowej, podczas gdy spina ventosa ogranicza się do jednego paliczka. Podobny obraz spotyka się przy *gruźlicy ścięgna;* jakkolwiek brak było fluktuacji, to w poszukiwaniu płynu wysiękowego wykonano nakłucie próbne, przy którym wydobyto jednakże tylko kilka kropel krwi. Ponieważ wyczuwało się w zakresie obrzęku wyraźne stwardnienie, wysunęło się podejrzenie obecności *ciała obcego* obrośniętego tkanką ziarninową. Dla rozstrzygnięcia powyższych wątpliwości wykonano zdjęcie rentgenowskie *(Dr Robinson)*, którego wynik przedstawia się następująco (rys. 1):


Rys. 1a.


Rys. 1b.

Zgrubienie części miękkich trzeciego palca ręki prawej po stronie dłoniowej, na wysokości przyśrodkowej części paliczka drugiego i stawu międzypaliczkowego pierwszego. W obrębie tego zgrubienia cień owalny, podwójny, o wysyceniu wapnia lub warstwy korowej kości; w rzucie strzałkowym widoczny wysycony cień, podwójny, długości 3 mm., leżący w odległości 2 mm. od zewnętrznego konturu palca na wysokości największego obrzęku, drugi tuż przy stawie międzypaliczkowym, wielkości ziarna prosa.

Po stronie dłoniowej paliczka, w połowie jego wysokości obłoczkowaty cień, jakby naloty okostnowe. Struktura paliczka bez zmian.

Pierwsza myśl wobec urazu w wywiadach przed kilku laty, wobec kształtu o-

brzęku i wystąpienia bolesności w ostatnich czasach, dalej wobec powierzchownego ułożenia najsilniej wysyconego cienia, była: *ciało obce* z następowym, późno występującym zakażeniem. Widoczna jednak, zwłaszcza przez lupę, na zdjęciu strzałkowym struktura cieni, przy ich wielokrotności, krągłości (nawet najmniejszego), nie odpowiada temu rozpoznaniu; ułożenie cieni wyklucza tłumaczenie ich jako trzeszczki. Wobec tego należało opisane cienie uważać za kamienie żylne, co w łączności z ich wielokrotnością mogło nasunąć rozpoznanie *naczyniaka jamistego*.

Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały następujące momenty: brak zabarwienia sinego skóry, która również nie wykazywała żadnych rozstrzeni naczyń (telangiektazyj); brak turgenscencji, gdyż wyczuwalny opór w ogóle nie dał się wycisnąć, albo uciskiem zmniejszyć lub zmienić. Można było myśleć o wytworzeniu się w naczyniaku torbieli na skutek zaniku beleczek i przegródek; jednakże torbiel taka winna była dać się opróżnić za pomocą nakłucia próbnego, co w naszym przypadku nie miało miejsca.

Nasunęło się wobec tego przypuszczenie, że z niewiadomych nam bliżej przyczyn przyszło w naczyniaku do zakrzepowego zapalenia żył, co od razu tłumaczyłoby zarówno obrzęk i nacieczenie skóry, jak i twardość, niepodatność i bolesność wyczuwalnego guzka. Nalot okostnowy widoczny na paliczku należałoby wobec tego uważać za proces reaktywny. że w tym wypadku ni przyszło do ubytku kości, jak to często bywa przy tego rodzaju sprawach chorobowych, tłumaczyć należy tym, że bujanie nowotworowe rozwijało się na zewnątrz.

6/XI, operacja — wyłuszczenie guza — potwierdziła w zupełności nasze rozpoznanie. Technicznie zabieg na skutek zakrzepnięcia większej części guza nie przedstawiał żadnej trudności. Guz usunięty, długości 2 cm., grubości 1 cm. leżał na ścięgnie zginacza. Na przekroju widoczne nieliczne tylko jamki naczyniaka, z których wydobyto wykazane rentgenologicznie kamyki żylne; reszta guza, jak wspomniano, spoistości twardej na skutek zakrzepnięcia. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie naczyniaka jamistego. Badanie chemiczne kamieni żylnych wykazało, że składają się one z fosforanu wapniowego. Przebieg pooperacyjny gładki.

Przypadek powyższy z następujących względów zasługuje na uwagę: stosunkowo rzadka lokalizacja (75% wszystkich naczyniaków jamistych znajdujemy na głowie i szyi), nietypowy obraz kliniczny i niezupełnie jasny obraz radiologiczny, spowodowany zakrzepowym zapaleniem żył naczyniaka.

W wypadkach zatem trudności rozpoznawczych, należy pomyśleć o możliwości zakrzepnięcia światła naczyń w naczyniaku jamistym.

PIŚMIENNICTWO.

Wullstein-Küttner: Die Chirurgie T. II, *Coenen:* Die Geschwülste w: Die Chirurgie, Kirschner, Nordmann, T. II, cz. I, *Santozky:* Zur Roentgendiagnose der Haemangiome, Forschr. a. d. Gebiete d. Roentgenstrahlen, 1927, str. 520, *Lewandowski:* Naczyniak jamisty pęcherza, Chir. P., 1937, Nr 8.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein Beitrag zur Erkennung kavernöser Haemangiome

v.

Dr M. Graf u. Dr C. Robinson (Lwów).

Bei einer Patientin mit einer unscheinbaren, symptomlosen Schwellung am Finger kam es aus unbekannter Ursache zu einer grösseren Schwellung, Verhärtung und Schmerzhaftigkeit des kranken Fingers. Nach längeren differentialdiagnostischen Erwägungen kam man zur Diagnose eines Haemangioma cavernosum mit trombophlebitischer Occlusion der Gefässlumina. Die Diagnose wurde durch Operation, wie auch histologische Untersuchung bestätigt.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prezyd. G. Narutowicza w Krakowie.
(Ordynator *Dr Jerzy Jasieński*).

Przypadek olbrzymiego wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej

podał

Dr Paweł Hornicki.

Chora S. I., lat 26, zgłosiła się do szpitala ze skargami na utrzymujące się od 4 dni bóle napadowe w prawym podbrzuszu i okolicy lędźwiowej prawej, od 2 zaś dni bezustanne wymioty po przyjęciu choćby najmniejszej ilości pokarmów, znaczne osłabienie i bóle głowy. Mocz oddaje 2 — 3 razy dziennie, bez parcia, stolec zaparty. Chora podawała ponadto w wywiadach, że była operowana przed 2 laty z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego; po zabiegu jednak okresowo miewała nadal podobne napadowe bóle brzucha po stronie prawej, którym towarzyszyły zwykle dreszcze, gorączka dochodząca do 38°, parcie na mocz i częste moczenie — do 20 razy na dobę; oddawany zaś w czasie napadów bólów w małych ilościach mocz był mętny. W dzieciństwie przechodziła grypę, poza tym rzekomo nigdy nie chorowała. Periody od 17 roku życia, regularne, niebolesne. Dziedzicznie nie obciążona.

Przy przyjęciu stwierdzono: Chora wątłej budowy, licho odżywiona. Skóra i błony śluzowe blade. Język obłożony, podsychający. Klatka piersiowa wąska. Skrócenie odgłosu wypukowego nad lewym szczytem. Osłuchowo nad szczytem lewym oddech pęcherzykowy, z pojedyńczymi trzeszczeniami na wysokości wdechu i zaostrzone szmery oddechowe we wnęce. Granice serca prawidłowe, tony ciche, głuchawe, akcja serca miarowa. Ciśnienie krwi 65/35 mm. RR., tętno 70 na minutę. Ciepłota ciała 36,2°. Brzuch wysklepiony prawidłowo. Po stronie prawej wyczuwa się guz zachodzący w dole na talerz biodrowy, gubiący się w górze pod łukiem żebrowym. Guz na ucisk tkliwy, nie dochodzi do linii środkowej ciała, nie posiada ścisłych granic, ma równą po-

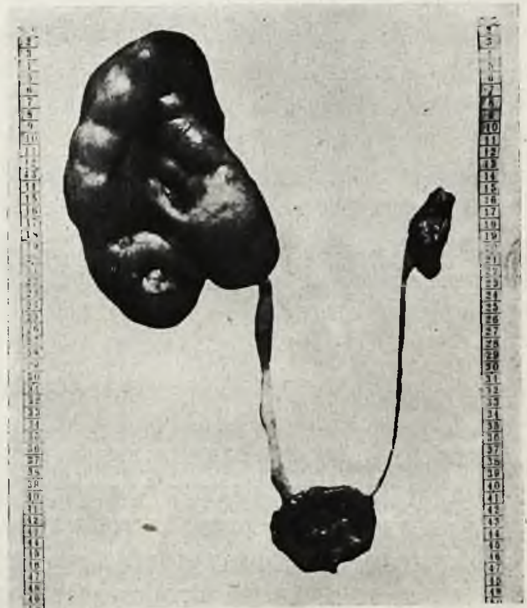
wierzchnię, spoistość elastyczną, a przy badaniu dwuręcznym sprawia wrażenie guza nerki.

Mocz mętny, o oddziaływaniu zasadowym, ciężarze gatunkowym 1012, zawierał 4% białka; w obfitym krwawym osadzie stwierdzono liczne krwinki czerwone, dość liczne leukocyty, nabłonki nerkowe, smugi śluzu i złogi moczanów bezpostaciowych. We krwi stwierdzono 64,40 mg% azotu pozabiałkowego i wzmożoną ilość indykanu; odczyn aldehydowy wypadł dodatnio. Leukocytoza 28.700. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonych segmentowanych 77%, pałeczkowych 6%, limfocytów 14%, jednojądrzastych 3%.

Zdjęcie rentgenowskie nie wykazało cienia kamieni, ani obrysów nerek.

W drugim dniu pobytu chorej w szpitalu wystąpił bezmocz i objawy mocznicowe znacznie się nasiliły. Przeprowadzone wziernikowanie pęcherza nie wykazało żadnych zmian jego śluzówki; obydwa ujścia przedstawiały się prawidłowo, kurczyło się jednak tylko ujście prawe, wydalając mocz krwawo podbarwiony. Barwika żadna z nerek nie wydaliła podczas cystoskopii, nie stwierdzono również jego śladów w moczu oddanym przez chorą w ciągu następnej doby. Cewnik wprowadzony do prawego moczowodu zatrzymał się w odległości kilkunastu cm. od ujścia pęcherzowego; po stronie lewej wprowadzenie cewnika nie napotkało na przeszkody, mimo to jednak nie udało się z żadnej z nerek zebrać ani kropli moczu. Wykonane zdjęcie rentgenowskie wykazało, że cewnik po stronie prawej dochodzi tylko do poziomu 5-go kręgu lędźwiowego i że zagiął się on wielokrotnie w świetle moczowodu; po stronie lewej koniec cewnika, jak się wydawało, znajdował się na poziomie odpowiadającym miejscu odejścia moczowodu od miedniczki; obrysy nerki lewej nie były jednak widoczne, podobnie jak i na poprzednim zdjęciu.

Dobowa ilość moczu wydalanego przez chorą w ciągu następnych dni nie przekraczała 280 cm^3; ilość azotu pozabiałkowego wzrosła do 84,0 mg.%; wzrosła też ilość indykanu we krwi i stan ogólny chorej z dnia na dzień się pogarszał. Dalsze dwukrotne jeszcze próby wprowadzenia cewnika moczowodowego do prawej miedniczki nerkowej okazały się bezskuteczne. Chora zmarła w końcu drugiego tygodnia pobytu w szpitalu wśród objawów mocznicowych i niedomogi serca.



Rys. 1.

Na sekcji stwierdzono olbrzymie prawostronne wodonercze z wielkim kamieniem w prawej miedniczce nerkowej i brak lewej nerki (rys. 1). Torbiel nerki prawej posiadała znaczne rozmiary. Długość jej wynosiła 27 cm., szerokość zaś, wliczając szerokość kielichów i miedniczki, 16 cm. Miedniczka długości 11, szerokości 6 cm, rozgałęziała się na 5 ramion, odpowiadających 5 kielichom („bassinet ramifié" autorów francuskich), z których każdy po-

siadał długość od 5,5 do 6,5 cm, szerokość zaś od 2 do 3 cm. Długość moczowodu wynosiła 19 cm, szerokość jego światła dochodziła do 2 cm. Znajdujący się w miedniczce owalny płaski kamień posiadał rozmiary 5 × 4 × 1 cm.

Lewy moczowód wąski, długości 20 cm, w miejscu przejścia w miedniczkę posiadał na przestrzeni 1 cm zarośnięte światło. Bardzo małych rozmiarów rozgałęziona miedniczka przechodziła w 3 krótkie i cienkie kielichy, pozostające w łączności z tworem groniastym, długości 7,5, szerokości 2,5 cm, przypominającym swym kształtem zanikłą nerkę. Na przekroju nie stwierdzono obecności miąższu nerkowego, lecz szereg torbieli wypełnionych płynną jasnożółtawą treścią; gładkie ich ściany tworzyły nieregularną siatkę o różnej wielkości oczkach. Badanie histologiczne wykazało, że zewnętrzna warstwa wielotorbielowatego tworu składa się ze zbitej, ubogiej w naczynia tkanki łącznej. Od powierzchni w kierunku miedniczki biegły nieregularne, w wielu miejscach poprzerywane pasma łącznotkankowe, tworzące ściany poszczególnych torbieli. Wewnętrzną powierzchnię ścian mniejszych torbieli pokrywał spłaszczony nabłonek sześcienny; w większych — brak było wyściółki nabłonkowej. Nigdzie natomiast nie znaleziono śladów tkanki nerkowej.

Z wrodzonym brakiem, względnie, co praktycznie jest niemal równoznaczne, z tak znacznym niedokształceniem jednej nerki, iż narząd ten nie przedstawia właściwie żadnej wartości, rzadko stosunkowo spotykamy się w praktyce. *Ballowitz* zebrał wprawdzie z piśmiennictwa do roku 1895 213 tego rodzaju przypadków, a *Gerard* w roku 1905 mówi już o 278 przypadkach na ogólną liczbę 527 znanych mu wad rozwojowych nerek. W czasach późniejszych wszakże zakwestionowano ścisłość rozpoznania wielu z pośród wliczonych do tych zestawień doniesień, twierdząc, że w części przypadków chodziło prawdopodobnie o wytworzenie się narządu pojedyńczego miast parzystego, że obie nerki ułożone po jednej stronie zlały się ze sobą. Z drugiej zaś strony podnoszono, że rozstrzygnięcie w każdym poszczególnym przypadku, zwłaszcza jeśli chodzi nie o przypadek sekcyjny, czy mamy do czynienia z brakiem wrodzonym, znacznym niedokształceniem, czy też z wtórnym zanikiem nerki — może być niekiedy zupełnie niemożliwe. Stąd też prawdopodobnie *Heymann* w roku 1922 mówi tylko o 252 przypadkach, w których chodziło o jedną nerkę i wrodzony brak nerki drugiej. Według różnorodnych zestawień sekcyjnych częstość tych przypadków wynosi od 0,024 do 0,24%.

Niedokształcona nerka lewa nie przedstawiała w naszym przypadku żadnych osobliwości. Nerki takie, usadowione na górnym końcu niekiedy częściowo niedrożnego moczowodu, dość często posiadały budowę wyłącznie łącznotkankową i wykazywały zwyrodnienie torbielowate, przedstawiając się jako twór groniasty.

Zaciekawia nas inna zgoła sprawa. W piśmiennictwie mówi się przeważnie o schorzeniach nerki niedorozwiniętej, uzasadniających potrzebę usunięcia bezwartościowego narządu, mało natomiast znajdujemy wzmianek o schorzeniach przeciwnej, właściwie pojedyńczej nerki, częstości ich występowania, przebiegu i zejściu sprawy. Wiemy wprawdzie, że z jednostronnym brakiem nerki spotykano się u ludzi w każdym wieku; również przypadki, w których osobnik z jedną nerką dożył do późnej starości, do ostatnich czasów ciesząc się zupełnym zdrowiem, nie należą do wyjątkowych. Z różnorodnych spostrzeżeń jednak wynika, jak się zdaje, że schorzenia nerki rozwiniętej prawidłowo w przypadkach, w których mamy do czynienia z niedokształceniem nerki drugiej,

nie są bynajmniej wyjątkowe. Świadczy o tym chociażby spotykana w podręcznikach wzmianka, że niewątpliwie znacznie częściej, niż to wynika z piśmiennictwa, usuwano pojedyńczą nerkę chorą, nie zorientowawszy się przed zabiegiem, iż chodziło o narząd nieparzysty. O tego rodzaju przypadku doniósł niedawno (1923) *Lick:* chory, dokładnie przed zabiegiem przebadany, zmarł w 7 dni po usunięciu nerki usianej licznymi ropniami, na sekcji zaś przekonano się o znacznym niedokształceniu pozostałej nerki. Przypominając, że w chirurgii nerek zdarzają się przypadki, w których badania czynnościowe nerek i cewnikowanie moczowodów dają wyniki niepewne lub sprzeczne, autor zgadza się w zupełności ze zdaniem *Rovsinga,* iż próbne operacyjne odsłonięcie nerki powinno być przeprowadzane nie tylko w przypadkach, w których nie mamy pewności która nerka jest chora, lecz i w tych, w których nie możemy wyłączyć na pewno, że nie mamy do czynienia z niedokształceniem drugiej nerki, uważanej za zdrową.

że nerka pojedyńcza dość często ulega schorzeniu, wynikałoby również z zestawienia *Ballowitza.* Podnosząc, że w 55 z pośród 213 przypadków braku względnie znacznego niedokształcenia jednej nerki stwierdzono znaczne powiększenie rozmiarów drugiej, właściwie pojedyńczej nerki, w 5 zaś tylko przypadkach rozmiary jej okazały się mniejsze niż normalnie, autor ten podkreśla, że w 25 z pośród tych przypadków chodziło o schorzenie nerki, przeważnie o toczącą się w niej przewlekłą sprawę zapalną lub wodonercze. Inni wspominają o tym, że pojedyńcza nerka posiadała niejednokrotnie rozmiary 2, a nawet 3-krotnie większe niż normalnie, że niekiedy można było w niej wykazać zachowaną budowę płatową, a często zmiany patologiczne: kamicę nerkową lub moczowodową, przewlekłe zmiany zapalne, przeważnie o charakterze zapalenia śródmiąższowego, bądź proces marski, zwyrodnienie torbielowate, wreszcie wodo- lub roponercze. Przyczyną wodonercza przeważnie, bo w 16 przypadkach, była kamica moczowodowa lub nerkowa. Stwierdzono również obecność wodonercza w późniejszych przypadkach *Guta* i *Bosträma.* W przypadku *Thevenata* chodziło o gruźlicze roponercze pojedyńczej nerki. Z pośród 4 tego rodzaju przypadków spostrzeganych przez *Kümmela* w jednym chodziło o zapalenie miedniczki nerkowej, w innych o roponercze, kamicę powikłaną roponerczem i raka nerki.

Naturalnie, zarówno przy zatkaniu światła moczowodu przez kamień, jak i przy wytworzeniu się na skutek zagięcia moczowodu, zaciśnięcia jego światła przez znaczne powiększenie się rozmiarów torbieli zamkniętego wodonercza, musi przyjść w tych przypadkach do bezmoczu i śmierci z powodu mocznicy. Nie zawsze niestety udaje się przy pomocy cewnika moczowodowego odpuścić mocz, zalegający w miedniczce i dzięki temu utrzymać chorego przy życiu, jak to miało miejsce w przypadku *Heymanna,* w którym odpuszczenie 225 cm³ moczu przywróciło normalną czynność nerki. W przypadku tym wszakże, w którym sam autor tłumaczy powstanie bezmoczu spastycznym skurczem naczyń, chodziło prawdopodobnie o nagle powstałe ostre wodonercze, skoro następowa pyelografia miała wykazać zupełnie prawidłowe rozmiary miedniczki.

Bezmocz w naszym przypadku należy uważać za końcowe zejście kamicy, która doprowadziła do powstania olbrzymiego wodonercza jednej nerki. Nie mieliśmy właściwie do czynienia, jak to się najczęściej w tego rodzaju przypadkach zdarza, z zatkaniem światła moczowodu przez kamień. Duży płaski kamień znajdował się u naszej chorej w świetle znacznie rozsze-

rzonej miedniczki i tylko siłą ciężkości, okresowo, przesuwając się, w ostatnich czasach, zwłaszcza przy zmianie pozycji chorej, mógł przykrywać ujście moczowodu. Przyczyną kilkakrotnie w ciągu pobytu chorej w szpitalu spostrzeganego bezmoczu mogło być prawdopodobnie zagięcie światła moczowodu, powstałe wskutek powiększenia się rozmiarów torbieli, o czym świadczą kilkakrotne nieudane próby wprowadzenia cewnika moczowodowego do miedniczki. Spostrzegane w przerwach między okresami bezmoczu skąpe moczenie świadczyłoby o tym, że nawet mimo przeforsowania przeszkody przez płyn nagromadzony w torbieli pod nadmiernym ciśnieniem, rozszerzona do olbrzymich rozmiarów zwiotczała miedniczka nerkowa nie była w stanie opróżnić zawartości torbieli, odciążając dzięki temu skąpe resztki miąższu nerkowego, umożliwiając mu pracę i odwlekając jeszcze na czas pewien nieuniknione zejście z powodu mocznicy.

Niezwykły ten preparat w całości ofiarowaliśmy Muzeum Anatomicznemu Zakładu Anatomii Patologicznej U. J., nie możemy więc opisać dokładnie, jak przedstawiał się makroskopowo, ani też jakie wykazywał zmiany mikroskopowe utrzymany, widoczny na powierzchni wodonercza, niewielki tylko skrawek kory nerkowej.

Sam przypadek nasuwa jeszcze pewne refleksje. W żadnym innym bodaj przypadku nie może znaleść ściślejszego, głębiej uzasadnionego zastosowania zwrot *Legueu*, że bezmocz występuje u osobnika, który żył do wczoraj dzięki pracy jednej tylko nerki. Dziwić się tylko w naszym przypadku wypada temu, co dziwi też *Caspra* w przypadkach wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek, jak długo mimo istnienia tak znacznych zmian anatomicznych w nerce chory może nie odczuwać dolegliwości, jak długo ustrój pozostawać może w chwiejnej równowadze, jak mało miąższu nerkowego potrzebuje człowiek do życia.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Ballowitz:* Über angeborenen, einseitigen, vollkommenen Nierenmangel. Virchows Archiv — T. 141, 1895, 2. *Böstrem:* Beiträge zur pathologische Anatomie der Nieren, H. 1, 1884, 3. *Gruber u. Bing:* Über Nierenmangel, Nierenkleinheit, Nierenvergrösserung und Nierenvermehrung. Zeitschr. f. urolog. Chirurg. Bd 7, 1924, 4. *Heymann:* Anurie bei angeborener Einzelniere. Zeitschr. f. urolog. Chirurgie, Bd 9, 1922, 5. *Holzapfel:* Ein merkwürdiger Fall von Nierenschwund. Dtsch. med. Wochenschr., 25, 1924, 6. *Kümmel:* Das spätere Schicksal der Nephrectomierten. Zeitschr. f. urologische Chirurgie, Bd 1, 1913, 7. *Liek:* Nephrektomie bei Aplasie der zweiten Niere. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie, Bd 177, 1923, 8. *Stutrin u. Libowitz:* Zur kongenitalen Nierenatrophie. Zeitschr. f. Urologie, Bd 20, 1926.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein Fall von riesiger Hydronephrose einer Niere und cystischer Degeneration der anderen, nicht entwickelten Niere

v.

Dr P. Hornicki (Kraków).

Bei einer 26-jährigen Frau, die unter urämischen Erscheinungen gestorben war, stellte man folgenden Sektionsbefund fest: rechtseitige riesige Hydronephrose, die durch einen Harnleiterstein und eine Harnleiterknickung verursacht wurde; die linke Niere war dabei sehr klein und restlos polycystisch degeneriert.

Z Oddziału chirurgicznego szpitala im. Prez. I. Mościckiego w Łodzi.
Ordynator prof. *W. Tomaszewicz.*

Trzy przypadki nerki podkowiastej

podał

Dr A. Kleszczelski.

Przyp. 1. C. J., chłopiec lat 11. Przed dwoma laty przechodził błonicę, poza tym nie chorował. Podczas zabawy w szkole koledzy podrzucali go do góry, a w pewnym momencie puścili, tak iż upadł płasko brzuchem na podłogę. Tuż po wypadku poczuł silne bóle brzucha, szczególnie w okolicy pępka, po czym dołączyły się wymioty. W trzy godziny po wypadku chory znalazł się w szpitalu. Blady, wciąż wymiotuje, narzeka na bóle brzucha, niespokojny.

Prawidłowej i mocnej budowy, odpowiedniego wzrostu i stanu odżywienia. Brzuch wzdęty, widoczna siateczka rozszerzonych naczyń żylnych na skórze podbrzusza. Stwierdza się silne napięcie powłok brzusznych i rozlaną bolesność. Objaw Blumberga dodatni, okolica lędźwiowa prawa bardzo tkliwa. Badaniem przez kiszkę stolcową nie stwierdza się nic szczególnego. Serce, płuca b. z. Ciepłota 36,7°, tętno 126 na minutę, miękkie. Mocz przejrzysty, barwy słomkowej. Przystąpiliśmy do operacji.

W uśpieniu eterowym, cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną. Poprzez ranę uwypukla się tylna otrzewna ścienna podbiegnięta krwią i uniesiona miejscami w postaci poduszeczek konsystencji galarety. Jelit w ranie nie widać. Podczas kontroli jamy brzusznej stwierdza się guz pozaotrzewnowy konsystencji miękkiej, zajmujący całą prawą stronę jamy brzusznej, sięgający ku górze powyżej odejścia krezki poprzecznicy, ku dołowi do miednicy małej, opierający się przyśrodkowym brzegiem o kręgosłup. Po lewej stronie kręgosłupa, na wysokości pępka, wyczuwa się guz pozaotrzewnowy, wielkości małej pięści, konsystencji elastycznej, który za pomocą dość szerokiego krótkiego pasma, biegnącego przed kręgosłupem łączy się z opisanym guzem po stronie prawej. Wątroba, woreczek żółciowy, śledziona b. z..

Nacięto otrzewnę tylną nad guzem po prawej stronie; wydziela się duża ilość krwistej cieczy. Poprzez obrzęk orientacja trudna; kilkakrotnie nacięto cienkie ścianki wielokomorowej torbieli, z której wylewa się krwisto podbarwiona wodnista ciecz. Upewniliśmy się, że mamy do czynienia z nerką podkowiastą, której prawe ramię przedstawia pęknięte wodonercze. Udało się wydzielić całe wodonercze aż do zespolenia z lewostronnym ramieniem nerki podkowiastej. Odszukano moczowód i naczynia, które podwiązano i przecięto. Uprzednio przekonano się o istnieniu niezależnego moczowodu dla miedniczki lewej. Przecięto mostek — krwawienie nieznaczne; ranę mostka łącznotkankowego zaopatrzono kilkoma szwami. Wodonercze usunięto. Założono sączek wyprowadzając go ku tyłowi w okolicy lędźwiowej. Peritonizacja, warstwowy szew powłok. Transfuzja 200 cm³ krwi.

W przeciągu pierwszych dwóch dni po zabiegu chory zamroczony, bardzo niespokojny, kontaktu z nim nie udaje się nawiązać. Ciepłota normalna, tętno 110, moczu nie oddaje. Mocznika we krwi 118 mgr. Upust krwi, wlewy dożylne i kroplówki z glukozy. Stan poprawia się stopniowo i chory po 6-tygodniowym pobycie opuszcza szpital w stanie dobrym. W międzyczasie dokonano urografii przy pomocy dożylnej iniekcji 10 cm³ uroselektanu.

Bardzo słabo zaznaczony cień nerki po stronie lewej tuż przy kręgosłupie; na wysokości L 3. wysycony cień kształtu i wielkości migdała (miedniczka nerkowa), zaznaczony również cień moczowodu.

Przyp. 2. O. C. Ks. Pref. lat 29. Przed dwoma laty appendectomia. Obecna choroba rozpoczęła się na początku czerwca 1936 r. bólami napadowymi w okolicy lędźwiowej prawej i podbrzusza, promieniującymi do pęcherza moczowego. Bóle trwały niekiedy po kilkanaście godzin, napadom towarzyszyły nudności, wymioty, często dreszcze z ciepłotą do 39°. Stwierdzono wówczas kamicę nerkową. W stanie poprawy chory wyjechał do Truskawca na kurację. Po powrocie czuł się nieźle. Nagle 5.X wystąpiły silne bóle w okolicy prawego podbrzusza, wymioty, dreszcze. W 3. dniu choroby został przewieziony na nasz oddział.

Ciepłota 38,8°, tętno 102. W okolicy prawego podbrzusza stwierdza się guz wielkości dużej pomarańczy, bardzo bolesny na dotyk, o powierzchni gładkiej; wypuk nad guzem stłumiony. Guz nieruchomy. Okolica lędźwiowa prawa b. tkliwa. Objaw Blumberga dodatni. Narządy klatki piersiowej b. z. Zdjęcia rtg. z czerwca nasunęły już podejrzenie nerki podkowiastej: po stronie prawej górny biegun nerki leży na wysokości wyrostka poprzecznego L 3, górny biegun lewej — na wysokości L 5. Na prawą nerkę rzutuje się cień uwapniony wielkości orzecha laskowego. Zdjęcie uroselektanowe: po stronie prawej kielichy rozszerzone, skierowane częściowo w stronę kręgosłupa, miedniczka rzutuje się na środek nerki. Opisany wyżej cień uwapniony poniżej miedniczki. Na tle górnego odcinka kości krzyżowej zaznaczony płyn kontrastowy w małej ilości w postaci plamek. Badanie przeprowadzone obecnie wskazuje na ciężki stan chorego: mocz mętny, białka 1,5°/₀₀, leuk. zalegają pole widzenia, erytr. dobrze zachowane pojed. Mocznika we krwi 51 mgr. Cystoskopia: bł. śluz. pęcherza b. z., z prawego ujścia wydobywa się ropa wężykowato, jak pasta z tubki. Barwnik wydziela się z lewego ujścia po 4-ech min. Próżne zdjęcie rtg. nie różni się od poprzedniego, natomiast płyn kontrastowy nie wydzielił się po stronie prawej, po lewej — jak przed tym.

Pyelografia wstępująca lewostronna: na wysokości 10 cm od ujścia moczowodu natrafiono na opór. Po wstrzyknięciu 5 cm^3 płynu kontr. (25% NaBr) chory poczuł ból w okolicy lewego podbrzusza.

Zdjęcie: od miejsca zatrzymania się cewnika na dolnym odcinku kości krzyżowej moczowód zagina się pod kątem prostym w stronę prawą rozszerzając się stopniowo, po czym zagina się ku górze, przechodząc w miedniczkę o niewyraźnych zarysach, jak na zdjęciu uroselektanowym w postaci kilku plamek (kielichy). Jakiejkolwiek łączności z cieniem nerki prawej nie daje się stwierdzić.

R o z p o z n a n i e: nerka podkowiasta, asymetryczna z roponerczem na tle kamicy po stronie prawej. Absolutne wskazanie do interwencji chirurgicznej.

Z a b i e g: Uśpienie eterowe; cięcie skośne pozaotrzewnowe przednie po stronie prawej. Nerka wmurowana, torebki tłuszczowej nie widać. Nerkę udaje się jednak zmobilizować. Na przedniej powierzchni widać przebiegające z góry naczynia krwionośne, które zaginają się w kierunku brzegu przyśrodkowego, gubiąc się w miejscu, gdzie stwierdzamy miedniczkę nerkową skierowaną ku przodowi: moczowód gruby, twardy. W moczowodzie konkrement. Dolny biegun nerki łukowato zagiętej przechodzi bezpośrednio w dolny biegun nerki lewej, tworząc łuk rozwarty ku górze i nieco w lewo. Podwią-

zano i przecięto widoczne naczynia, jak również moczowód poniżej konkrementu. Na wysokości około 5 cm od najniższego punktu łuku po stronie prawej nerkę odcięto nożem diatermicznym. Obfite krwawienie ustało po krótkotrwałej tamponadzie. Pozostawiając sączki ranę zaszyto.

Chory poprawia się szybko, stan lekko podgorączkowy, ilość mocznika zmniejsza się do 35 mgr, moczu oddaje do 800 cm^3 na dobę, mocz mętny, zawiera do 40 leuk. w polu widzenia i pojed. czerwone ciałka; białka 0,1°/₀₀. Z rany wydziela się sporo ropiastej cieczy.

W 4-tym tygodniu po zabiegu ilość moczu wybitnie zmniejsza się, natomiast mocz wydala się przez ranę operacyjną. Po miesiącu przetoka zagoiła się. Chory opuścił szpital w dobrym stanie. Urografia kontrolna: lewa strona jak poprzednio, brak cienia nerki po prawej stronie.

Przyp. 3. Ch. A., kobieta lat 34. 8.I.36 poronienie. Od tego czasu częste bóle w okolicy pępka, występujące również w nocy w postaci kłucia, potęgujące się po obfitym posiłku i podczas cięższej fizycznej pracy. Stan ogólny chorej dobry. Poprzez wiotkie powłoki brzuszne wyczuwa się po stronie prawej na wysokości pępka guz wielkości pięści o powierzchni nierównej, konsystencji elastycznej, mało ruchomy, tkliwy. Dolny biegun guza za pomocą pasma bardzo wrażliwego na ucisk, szczególnie przed kręgosłupem, łączy się z guzem po lewej stronie, nieco mniejszym, o tych samych cechach co guz po stronie prawej. Nasuwa się podejrzenie nerki podkowiastej. Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza b. z., barwnik wydziela się po 3-ch minutach obustronnie. Urografia dożylna: górny biegun lewej nerki na wysokości L 3, dolny na wysokości L 5. Nieregularny zarys miedniczki i kielichów szeroko rozstawionych, skierowanych w stronę kręgosłupa. Po prawej stronie obraz mniej wyraźny, podobny jednak do lewostronnego. Moczowody krótkie przebiegają prawie równolegle do kręgosłupa. Wypełniono miedniczkę prawą od dołu: górny biegun nerki na wysokości L 3, cień kontrastowy rozlewa się nieregularnie na tle całego kręgu L 5 i L 4. Rozpoznanie: nerka podkowiasta. Dodatkowe badania przewodu pokarmowego i narządów rodnych nie wykazały zmian. 4.III 1936 r. z a b i e g: z cięcia pozaotrzewnowego po prawej stronie odsłonięto prawe ramię nerki podkowiastej. Nerka nieruchoma, nie dająca się należycie zmobilizować. Trudne ustalenie charakteru mostka łączącego; dolny biegun prawej nerki sięga poprzez kręgosłup. Ograniczono się do uwolnienia nerki z otaczających zrostów (débridement). 31.III chora została wypisana ze szpitala w stanie dobrym. Bóle całkowicie ustąpiły. Na podstawie zasięgniętych informacyj po dziś dzień (upłynął rok) chora czuje się dobrze.

W przeciągu 7 lat istnienia naszego oddziału dokonano około 200-u operacyj nerkowych, w tym 3 (1½%) stanowiły przypadki nerki podkowiastej. Odpowiadałoby to mniej więcej statystycznym danym innych klinik. *Botez* podaje 1 przyp. n. podk. na 143 operacje, *Mayo* obserwował 12 przyp. wśród 649 operacyj nerkowych, *Izrael* 5 wśród 800. Obecnie coraz częściej spotykamy się z przypadkami podkowiastej nerki, najprawdopodobniej przyczynia się do tego lepsza technika rozpoznawcza. Natomiast rzadko stosunkowo spotykane są przypadki nerki podkowiastej na materiale sekcyjnym, bo mniej więcej 1 na 750 — 1000 sekcyj. Wynika z tego, że nerki podkowiaste znacznie częściej ulegają schorzeniu, aniżeli nerki normalne. Na swoim materiale sekcyjnym *Beyer* stwierdził w 42% rozmaite schorzenia nerki podkowiastej. Najczęstszym schorzeniem jest wodonercze, które stwier-

dza się przeważnie już we wczesnym wieku, jak w naszym pierwszym przypadku. W późniejszym obserwujemy częściej kamicę. Stosunkowo rzadką jest gruźlica. Częste schorzenia nerki podkowiastej mają zrozumiałe wytłumaczenie: nerka podk. przemieszczona ku przodowi przez kręgosłup i sąsiadujące tkanki miękkie, nisko ułożona, pozbawiona swojej naturalnej ochrony, nieprzesuwalna, prawie ustalona, więcej narażona jest na traumatyzację aniżeli nerka normalna. Miedniczka nerkowa i moczowody, jeszcze bardziej wysunięte ku przodowi, ulegają często uciśnięciu, co powoduje zaleganie moczu. Łatwiej więc o następowe schorzenia jak: hydronephrosis, calculosis, pyelitis, pyelonephritis, pyonephrosis. Z naszych 3-ch przyp. tylko w jednym (trzecim) operacja została dokonana na skutek zespołu objawów spowodowanych przez nerkę podkowiastą, jako taką: bóle brzucha, potęgujące się podczas pracy i po obfitych posiłkach, pulsacje tętnic brzusznych, zaburzenia perystaltyki. Wszystkie te przykre dolegliwości mogą być spowodowane przez stały ucisk na splot współczulny i na naczynia. Débridement prawego ramienia wystarczyło aby uwolnić cierpiącą od dolegliwości. Kilka przypadków takiego postępowania podali ostatnio francuscy autorzy.

W pozostałych dwóch przypadkach przyczyną interwencji chirurgicznej były wtórne schorzenia. W przypadku 1-ym, dla którego nie znaleźliśmy w literaturze odpowiednika, wodonercze prawego ramienia nerki podkowiastej u zdrowego poza tym, dobrze zbudowanego chłopca 11-letniego, nigdy przed tym nie narzekającego na jakiekolwiek dolegliwości. Dopiero po urazie, który spowodował pęknięcie wodonercza, wystąpiły burzliwe objawy, które zmusiły nas do szybkiej interwencji. Przypadek rozpoznano podczas zabiegu. Siateczka rozszerzonych naczyń w skórze podbrzusza mogła być spowodowana uciskiem na żyłę próżną.

W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z roponerczem prawego ramienia n. podkowiastej na tle uwięźniętego w moczowodzie kamienia. Mając na względzie wszelkie możliwości w układzie miedniczek i kielichów, tym bardziej że warunki anatomiczne naszego przypadku nie zostały całkowicie wyświetlone, prawe ramię odcięto powyżej części nerki, która mogła imponować jako mostek łączący. Pomimo to w 4-tym tygodniu po zabiegu wytworzyła się przetoka moczowa przy minimalnej ilości moczu wydalanego per vias naturales. Należy przypuścić, że przez samą sprawę zapalną, może ropień nerkowy, nastąpiło przebicie do któregoś z kielichów lub miedniczki nerkowej pozostałego lewego ramienia.

PIŚMIENNICTWO.

Entwicklungsstörungen der Nieren, Harnleiter u. der Harnblase (*Georg B. Gruber* — Handbuch der Urologie), Klinik der Missbildungen der Harn- u. Geschlechtsorgane (*Paul Frangenheim* — Handbuch der Urologie), *Wildbolz* (Lehrbuch der Urologie), Hufeisenniere mit hydronephrotischer Dilatation rechts (Zeitschrift f. Urologie, 1935, z. 8), Hufeisenniere mit Beschwerden durch Druck der Verbindungsbrücke (Z. f. Urologie, 1935, z. 9), Hufeisenniere mit Hydronephrose in der rechten Hälfte (Z. f. Urol., 1935, z. 9), Fünf Fälle von gekreuzter Nierendystopie (Z. f. Urol., 1935, z. 5), *Guillemin* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Teposu, Danicico, Bruda* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Zeiss* (Z. f. Urol., 1937, z. 4), *Gaucher Covisa* i *T. Mara* (Madryt): 2 przypadki nerki zespolonej (Ze sprawozdania z 35-go franc. kongr. urolog.).

ZUSAMMENFASSUNG.

Drei Fälle von Hufeisenniere

v.

Dr A. Kleszczelski (Łódź).

Verfasser berichtet über 3 Fälle von Hufeisenniere bei einem Gesamtmaterial von 200 Nierenoperationen. In einem Fall handelte es sich um Druckbeschwerden bei einer 34-jährigen Frau die durch débridement des rechten Schenkels behoben wurden. Im zweiten — um eine durch Trauma erfolgte Ruptur einer Riesenhydronephrose im rechten Schenkel einer Hufeisenniere bei einem 10-j. Knaben. Extirpation des geplatztzten Sackes durch Laparatomie brachte Heilung. Im dritten Fall handelte es sich um einen rechtsseitig eingeklemmten Uretherstein mit Pyonephrose bei einem 29 Jahre alten Manne. Heilung durch Nephrectomie. In der vierten Woche nach der Operation entwickelt sich eine harnsezernierende Fistel die sich im Laufe der nächsten Wochen schliesst. Verfasser glaubt an die Möglichkeit eines Nierenabscesses, der das Nierenbecken oder einen Kelch des linken Schenkels arodiert hat.

TECHNIKA OPERACYJNA

Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych.

Nowe metody operacyjne [1])

podał

Dr Michałek-Grodzki (Warszawa).

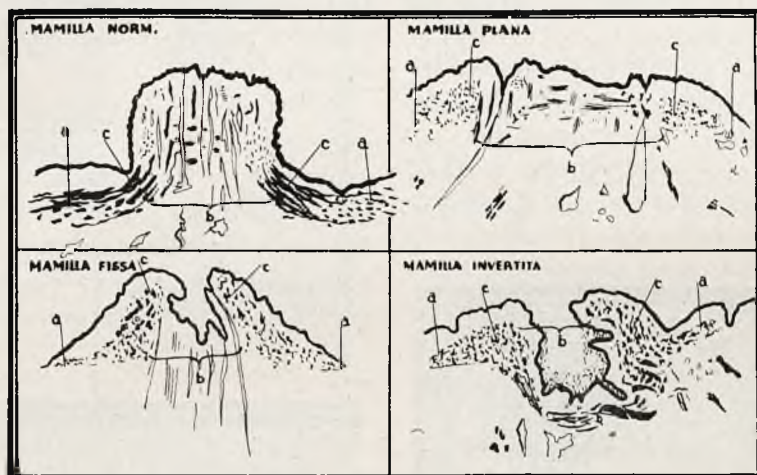
Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych utrudniają i często uniemożliwiają ważną ich funkcję. Zniekształcenia powstają częściowo z powodu zaburzeń w życiu embrionalnym, powodując u człowieka defekty, które u zwierząt stanowią stan normalny (mamilla fissa krowy i kozy, mamilla invertita kangura) — częściowo powstają one w życiu późniejszym wskutek urazów mechanicznych jak np. ucisku nieodpowiedniego ubrania oraz zwiotczenia piersi (mamilla plana) lub okaleczeń i całkowitego lub częściowego zniszczenia (athelia), do czego przyczynić się mogą również nieudane operacje plastyczne.

Pod względem budowy anatomicznej w grę wchodzą przede wszystkim mięśnie gładkie. Tworzą one w obwódce cienką blaszkę (rys. 1a) z otworem różnej wielkości (b). Nad blaszką znajduje się pierścień mięśniowy różnej grubości (c), łączący mięśnie blaszki z włóknami brodawki.

Widzimy, że otwór w blaszce mięśniowej jest bardzo wielki u brodawki płaskiej (rys. 2b — mamilla plana), gdzie stwierdzić można wyraźnie jego rozszerzenie, — wąski natomiast u brodawki rozszczepionej i wklęsłej (mamilla fissa et invertita).

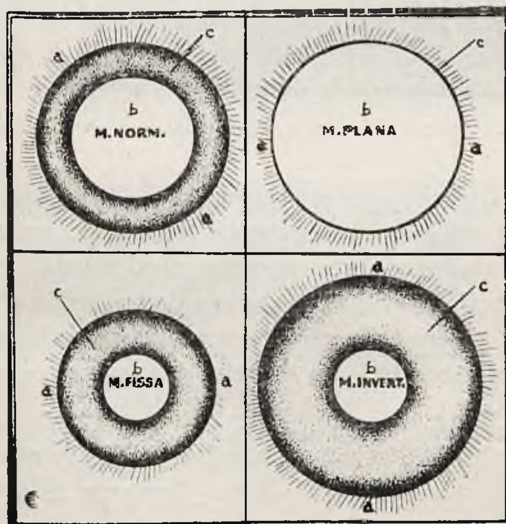
[1]) Referat wygłoszony na posiedzeniu Tow. Chirurgów Francuskich w Paryżu dnia 19.VI 36.

Pierścień mięśniowy otaczający otwór (c) jest zanikowy u brodawek płaskich, przerosły natomiast u brodawek rozszczepionych i wklęsłych, gdzie zachodzi zwężenie (rys. 2).



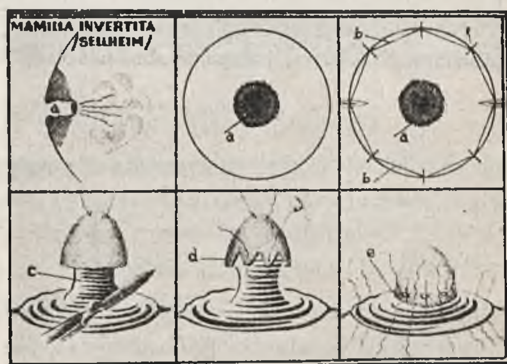
Rys. 1.

Istnieją operacyjne metody rekonstrukcji brodawek wklęsłych, podane przez *Kehrera, Bascha* i *Sellheima*. *Kehrer* ope-



Rys. 2.

rował w r. 1887 cztery przypadki brodawki wklęsłej za pomocą szerokiego wycięcia całej obwódki i zeszycia brodawki ze skórą. Wyniki tych operacyj były nikłe, chociaż ciekawe o tyle, że jednak w jednym przypadku umożliwiły wysunięcie brodawki do poziomu skóry i prawie normalne karmienie. Operacje nie przerwały ciąży i w jednym przypadku spowodowały utworzenie się nowej i ściągliwej obwódki. Nieprzerwanie ciąży jest o tyle zastanawiające, że wycięcie obwódki wykonane było w dwu przypadkach w 4. i 6. miesiącu ciąży. Regeneracja obwódki nastąpiła w

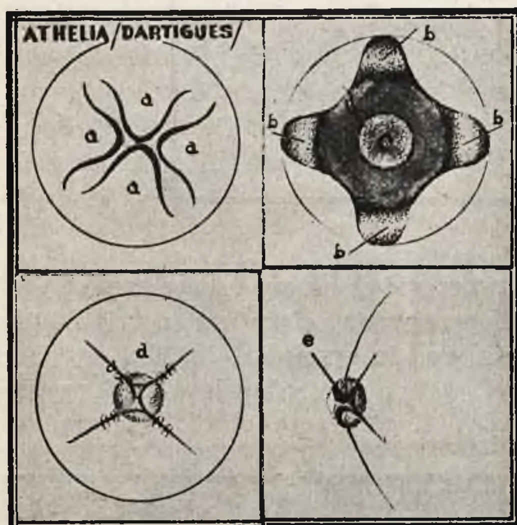


Rys. 3.

jednym wypadku po całkowitym jej wycięciu.

Metoda *Sellheima* ogłoszona w 1917 r. dotycząca operacji brodawki wklęsłej, zasługuje na wyróżnienie i jaknajszersze rozpowszechnienie. Z rys. 3 widać, że sto-

żek brodawki (a) zmienił się na głęboki, wklęsły lejek, na dnie którego znajdują się ujścia kanałów pokarmowych brodawki. Wydobycie brodawki z głębi i utrzymanie jej na powierzchni wykonywa się w następujący sposób: Obwódkę (b) obcina się równo, tworząc ośmiokąt, następnie wyciąga się brodawkę z głębi i przytrzymuje ją na powierzchni jednym szwem, zluźniając podstawę jej pionowymi i okrężnymi cięciami (c). Wreszcie wycina się na brzegu daszka trójkąty (d), by zmniejszyć



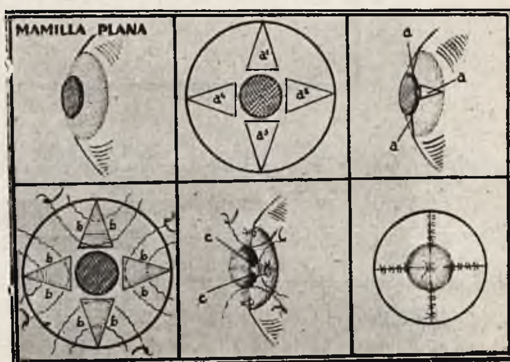
Rys. 4.

jego obwód. W końcu przyszywa się ściągnięty i zwężony u podstawy daszek brodawki — podobnej w tym stadium do grzybka — do otaczającej skóry (e).

Znana jest również metoda plastyczna rekonstrukcji brodawki podana przez *Dartiguesa* (rys. 4). Polega ona na wycięciu w miejscu przyczepu przyszłej brodawki 4 płatów skórnych (a), zluźnieniu tych płatów i odsunięciu ich na zewnątrz (b) oraz utworzeniu z tkanki łącznej za pomocą szwu kapciuchowego guza środkowego (c), nad którym zeszywa się znów 4 płaty poprzednio zluźnione i odsunięte (d). W profilu daje to wzniesienie (e), podobne do brodawki.

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem operacyj plastycznych, zmierzających do rekonstrukcji brodawek płaskich, rozszczepionych i zupełnego braku brodawek. Poniżej podaję opracowane przeze mnie metody:

1) B r o d a w k a p ł a s k a (mamilla plana). Cechą jej jest zanik włókien mięśniowych, brak pierścienia mięśniowego i rozszerzenie otworu w blaszce mięśniowej obwódki. Brodawka jest szeroka, niska i płaska. Dziecko nie może uchwycić takiej brodawki podczas karmienia.

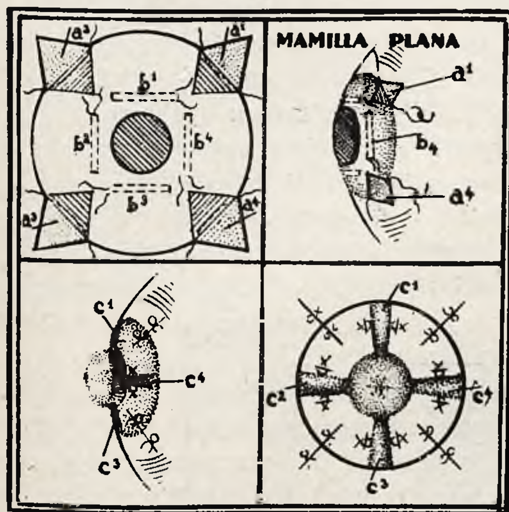


Rys. 5.

Zadanie operacji polega na: 1) ściągnięciu włókien mięśniowych obwódki, przez co następuje ich wzmocnienie i zmniejszenie się obwódki, 2) wysunięciu brodawki ku górze i utrzymaniu w nowej pozycji celem umożliwienia dziecku jej uchwycenia.

M e t o d a p i e r w s z a (rys. 5). Z obwódki wycina się cztery trójkąty równej wielkości (a1—a4). Zeszycie boków (bb) następuje sposobem uwidocznionym na rysunku. Trzeci bok (c) wysuwa się ku brodawce, włączając część wewnętrzną obwódki do brodawki. Brodawka staje się tym sposobem wyższa i większa kosztem obwódki, która się zmniejsza.

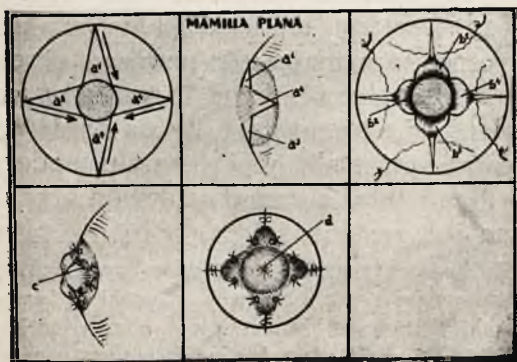
M e t o d a d r u g a (rys. 6). Z brzegów obwódki wycina się cztery małe prostokąty (a1 — a4) i zakłada się cztery



Rys. 6.

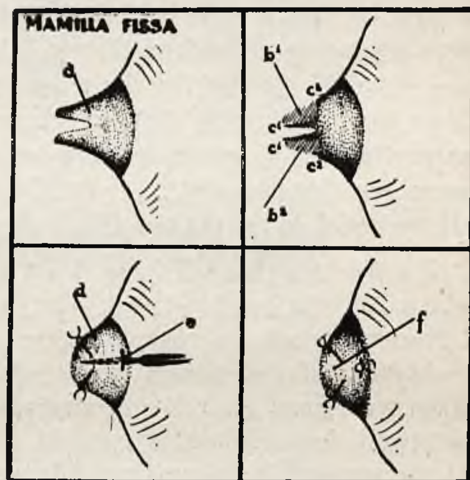
szwy materacowe z małych nacięć (b1 — b4). Po zeszyciu czworokątów i ściągnięciu szwów powstają w obwódce cztery fałdy wypukłe, wspierające brodawkę (c1 — c4), brodawka wysuwa się z otaczającego poziomu ku górze, obwódka staje się mniejsza.

T r z e c i a m e t o d a (rys. 7) opiera się na przesunięciu płata skórnego według *Dieffenbacha*. W obwódce wycina i uruchamia się cztery płaty w kształcie łacińskiego V (a1—a4). Płaty te przesuwa się wolnym końcem ku brodawce, która ulega powiększeniu o ich objętość (b1—b4). Gdy się ściąga brzegi ran, mających teraz kształt łacińskiego Y, brodawka powiększa się kosztem obwódki, która ulega pomniejszeniu (c). Brodawka przybiera kształt czworokątny (d).



Rys. 7.

Przewodnią myślą tych metod jest odtworzenie drogą operacyjną procesu erekcji, polegającego, jak wiadomo, na wzniesieniu i powiększeniu się brodawki przez skurczenie się obwódki. Przy braku erekcji dziecko pomaga sobie samo, chwytając wraz z brodawką część lub całą obwódkę, gdy brodawki samej uchwycić nie może. Pomoc karmiącej matki zduszającej dwoma palcami obwódkę wraz z brodawką dla wysunięcia i umożliwienia dziecku łatwiejszego uchwycenia jej, jest również bardzo charakterystyczna.



Rys. 8.

2) B r o d a w k a r o z s z c z e p i o n a (mamilla fissa). Zachodzą tu wręcz przeciwne warunki niż w brodawce płaskiej (rys. 8). Brodawka rozszczepiona jest nadmiernie długa (a), włókna mięśnia pierścieniowego są raczej przerosłe, otwór w blaszce mięśniowej bardzo wąski (p. rys. 1 i 2). Dziecko wkłada brodawkę za głęboko w usta, co drażni podniebienie,

wywołuje torsje i utrudnia prawidłowe połykanie pokarmu.

Zadanie operacji polega na skróceniu brodawki bez uszkodzenia kanałów pokarmowych, co zresztą jest zasadą wszystkich zabiegów na brodawce. Uniknąć uszkodzenia przewodów można przez cięcia płytkie, zwłaszcza w pobliżu brodawki. Technika zabiegu jest następująca: Z górnej i dolnej wargi brodawki wycina się kliny (b1 — b2) i zeszywa się następnie brzegi ubytków (c 1 i c 2). Efekt zabiegu jest natychmiastowy. Brodawka staje się niższa i zagłębienie znika (d). Gdyby i po tym skróceniu była za długa, wykonać można dodatkowo myotomię podskórną blaszki mięśniowej obwódki według *Bascha* z małego cięcia na brzegu obwódki (e), za pomocą cienkiego tenotomu, przez co brodawka spłaszcza się jeszcze więcej i przybiera kształt podobny do normalnej (f).

3) Z u p e ł n y b r a k b r o d a w k i (athelia). Kobieta bez brodawek jest kaleką. Ponieważ chodzi o rekonstrukcję całej brodawki, zadanie operacji jest trudne, jednakże wdzięczne nie tylko ze względów plastycznych, lecz również z powodu możności przywrócenia normalnej funkcji gruczołowi piersiowemu. Od przyczyn, które spowodowały defekt, wyrażający się w zupełnym braku brodawki i utraceniu przez kobietę zdolności karmienia, zależyć będą widoki osiągnięcia pomyślnych rezultatów plastycznych i czynnościowych.

We wrodzonym braku brodawek, przy utrzymanym gruczole piersiowym, spostrzegamy zwykle brak otworów pokarmowych; kanały same istnieją w mniejszych lub większych szczątkach w głębi. Również nabyte defekty całkowitego zniszczenia brodawek i kanałów pokarmowych pozwalają najczęściej odszukać w głębi gruczoł piersiowy, którego część położona najbliżej powierzchni pozwoli, po odpowiednim zluźnieniu, nawet częściowym odłuszczeniu, na wszczepienie do nowo tworzącej się brodawki. Jak poniżej w mojej metodzie opisałem, należy płatek tkanki gruczołu odłuszczyć, ułożyć w rodzaj rurki lub kanału i wszyć w skórę w miejscu brodawki. Tkanka ta zastąpi w przyszłości kanały odprowadzające pokarm na zewnątrz. Poszczególne zrazy gruczołu mlecznego są połączone ze sobą, więc nie ma powodu, skoro istnieje droga, by pokarm nie miał z jednego z nich sączyć się na zewnątrz, jak to się dokonywa samorzutnie w stanach patologicznych przy istniejących przetokach.

Biorąc pod uwagę bardzo silną tendencję regeneracyjną organizmu tej okolicy, należy przyjąć, że w sztucznej brodawce odnowią się nie tylko mięśnie gładkie obwódki i włókna elastyczne brodawki, lecz nawet zabarwienie z resztek włókien elastycznych oraz pigmentacji w pozostałych tkankach otaczających. Znany jest przecież przypadek *Kehrera,* w którym utworzyła się po wycięciu całej obwódki w krótkim czasie nowa obwódka, kurcząca się i zabarwiona. Przypadek ten w całości potwierdza także moje własne spostrzeżenie, które poniżej streszczam.

Przy wrodzonym braku brodawek odtworzyć trzeba brodawkę z normalnej skóry zawierającej, jak wiadomo, włókna elastyczne, utrzymujące do pewnego okresu życia elastyczność skóry. Trudniejsze jest zadanie, jeśli odtworzyć trzeba brodawkę z blizny pozostałej po obumarciu brodawki, lecz i tutaj siła regeneracyjna organizmu jest zastanawiająca.

W jednym z moich przypadków operacyjnych odtworzyłem nową brodawkę nieomal z samej tkanki bliznowatej, pozostałej po obumarciu brodawki. W sześć niespełna miesięcy po operacji stwierdzić mogłem po podrażnieniu słabą, lecz widoczną erekcję. Pacjentka, osoba inteligentna, potwierdziła, iż od trzeciego miesiąca po operacji zaczęła odczuwać w brodawce sztucznej sensacje, zwłaszcza podczas periodu, tak dobrze znane jej z czasu, gdy miała jeszcze brodawkę nor-

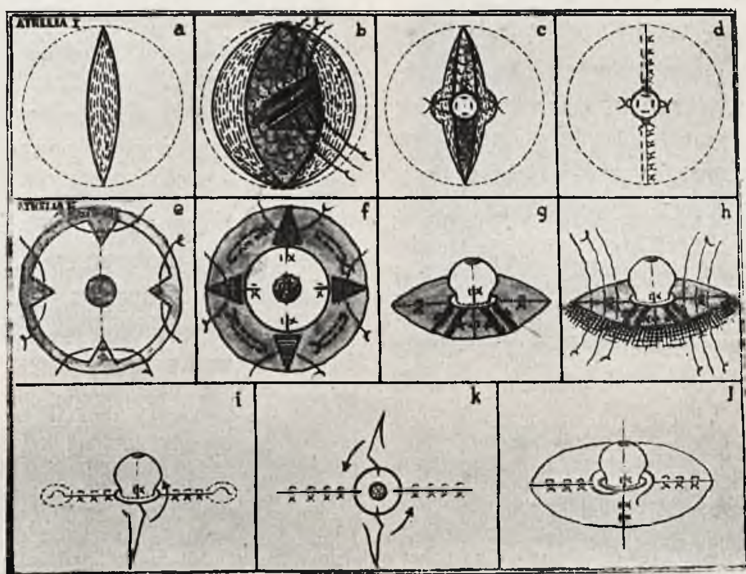
malną. Określiła to w sposób charakterystyczny, mówiła mianowicie, że „brodawka zaczęła znów żyć". Jeżeli się weźmie pod uwagę, że w miejscu odtworzonej brodawki znajdowała się prawie tylko tkanka zbliznowaciała, trzeba regenerację tę określić jako zastanawiającą.

Gdy należy odtworzyć brodawkę w skórze bliznowatej, trzeba wprzód bliznę usunąć i zeszyć ubytek lub pokryć normalną skórą za pomocą transplantacji z równoczesnym utworzeniem połączenia gruczołu mlecznego ze skórą, jak to powyżej podałem. Zabieg ten jednak może przedłużyć operację o jeden seans, mianowicie, jeśli chodzi o transplantację skóry z innego miejsca, co ze względu na dwa seanse właściwej operacji, wystawi cierpliwość lekarza i pacjenta na dłuższą próbę.

Podstawą mojego postępowania było dążenie do rekonstrukcji kształtu brodawki z odnowieniem jej funkcji. Odtworzenie samej brodawki nastąpić musi z tkanek najbardziej zbliżonych do niej pod względem budowy anatomicznej, więc ze skóry, tkanki podskórnej, elementów elastycznych i gruczołowych (kanałów pokarmowych lub ich części i tkanki gruczołowej).

Dlatego podzieliłem pracę swą na dwie części. Na seansie pierwszym (athelia I, rys. 9) odnowiłem połączenie pomiędzy gruczołem i zewnętrzną powłoką ciała, na drugim seansie (athelia II, rys. 9) przystąpiłem do odtworzenia samej brodawki. Metoda przedstawia się w szczegółach jak następuje (rys. 9):

W miejscu przyczepu brodawki, które należy dokładnie ustalić, nacina się skórę cięciem pionowym (a). Cięcie pogłębiamy i należycie rozszerzamy częściowo na tępo, częściowo na ostro, idąc w głąb, aż do samego gruczołu mlecznego. Jeśli nie odnajdujemy na tej drodze resztek kanałów pokarmowych, należy odtworzyć połączenie między gruczołem i skórą sposobem następującym:



Rys. 9.

(b) Z powierzchni najbliższego zrazu gruczołu piersiowego wycina się płat podłużny długości około 3 cm., szerokości około 2 cm. Odśrodkowy koniec tego płata odczepia się od podłoża, pozostawiając je-

go środkowe połączenie z gruczołem nienaruszone. Świeże brzegi tego płata zeszywa się natychmiast kilkoma szwami, tworząc tym sposobem przewód rurkowaty, pokryty zewnątrz nabłonkiem, a zawierający wewnątrz tkankę gruczołową, która przylega do siebie. Natychmiast należy zeszyć brzegi ubytku powstałego na powierzchni gruczołu, co jest konieczne ze względu na mogące powstać w tym miejscu zrosty. Następnie wszywa się wolny koniec przewodu rurkowatego w skórę (c) tak, aby brzegi przewodu nie wystawały ponad powierzchnię skóry. Jeśli się odnajduje resztki kanałów pokarmowych, to postępowanie jest znacznie łatwiejsze. Należy jedynie zluźnić kanały na tępo lub ostro pionowymi cięciami i wolny koniec ich wszyć w brzegi skóry. Po wszyciu kanałów lub przewodu rurkowatego w skórę, należy zmniejszyć kilkoma głębokimi szwami wytworzoną ranę, nie naruszając przy tym samego gruczołu i zeszyć cięcie szwami skórnymi, jak wskazano na rys. d.

Tym samym ukończona została praca najważniejsza, tj. odtworzenie połączenia pomiędzy gruczołem i przyszłą brodawką, umożliwiającego wydzielanie pokarmu. Pozostaje odtworzenie samej brodawki. Po zagojeniu i zabliźnieniu się ran, nie wcześniej niż po 4 tygodniach, przystępujemy do drugiego seansu (athelia II).

W odległości 3 cm od ujścia wszytych w skórę przewodu lub kanałów pokarmowych nacina się skórę (e) okrężnym cięciem. Wymiar poprzeczny koła wynosi około 6 cm. Z brzegu wewnętrznego wyciętego okrągłego płata wycina się 4 równe trójkąty, których ubytki natychmiast zeszywa się jednym lub kilkoma szwami. Obwód płata zmniejsza się o ilość wyciętych trójkątów i przesuwa się ku środkowi, unosząc się równocześnie nieco powyżej poziomu otaczającej skóry (f). Przestrzeń pomiędzy brzegami cięcia okrężnego rozszerza się tym sposobem do szerokości 2 cm.

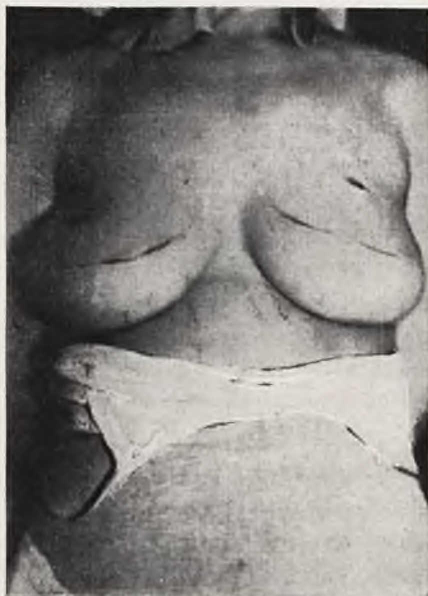
W tej to okrągłej przestrzeni należy wykonać dalsze zabiegi, zmierzające do wysunięcia brodawki ku górze, mianowicie: 1) z tkanki tego obwodu wycina się cztery dalsze trójkąty, których brzegi zeszywa się natychmiast kilkoma szwami, co wysuwa centralną jego część, tj. przyszłą brodawkę znacznie ku górze, 2) poza tym zakłada się w przestrzeni pomiędzy trójkątami cztery szwy materacowe, chwytające szeroko tkankę podskórną. Po ściągnięciu ich wytwarzają się cztery wystające wałeczki z tkanki podskórnej, podpierające centralną część, tj. brodawkę i wysuwające ją jeszcze wyżej ponad powierzchnię (g).

Powstaje brodawka, złączona z podkładem, posiadająca przewód idący od gruczołu na zewnątrz i nie mająca tendencji wsuwania się pod skórę. Ranę naokoło brodawki zamyka się zeszywając skórę, tj. górny i dolny jej brzeg, po należytym ich zluźnieniu (h), szwami pionowymi, nie przyszywając jednak brodawki do skóry, aby nie spowodować zmniejszenia się jej przez kurczące się blizny. Dolny brzeg brodawki pozostaje jeszcze wolny. Powstające na końcach zewnętrznych poziomego cięcia skórnego nierówności wycinamy, aby utworzyć bliznę równą (i). Celem powiększenia skórnej powierzchni brodawki uruchamia się z góry i dołu dwa płaty skórne (k), które przyszywa się drobnymi szwami naokoło podstawy brodawki (szwy nie są na rysunku widoczne, jak również brakuje dwóch wałeczków podpierających brodawkę na rys. g).

Kontury obwódki naznaczyć można na skórze cięciem powierzchownym naokoło brodawki (l). Obwódkę tę można, jeśli tego wymagają względy kosmetyczne, po kilku tygodniach zatatuować odpowiednim barwnikiem.

Zasadą zabiegu jest wytworzenie brodawki jak największej, biorąc w rachubę naturalny proces jej kurczenia się podczas gojenia się ran. Niedługo po zgojeniu

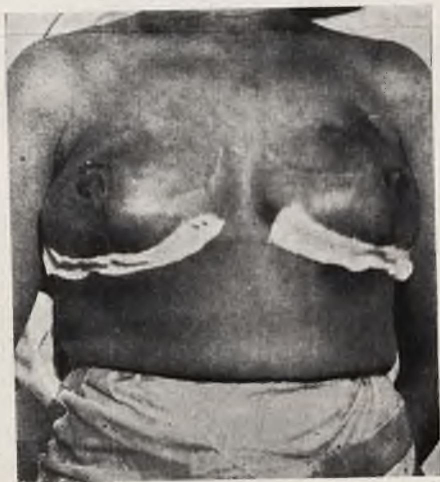
nej operacji biustu wykonanej przez innego chirurga, całkowite obumarcie brodawki prawej (athelia, rys. 10 i 11). Krzyżyki na rys. 11. oznaczają dawne miejsce przyczepu brodawek. Ciągnące poprzez oba sutki poprzeczne blizny, świad-



Rys. 10.



Rys. 11.



Rys. 12.



Rys. 13.

się należy rozpocząć leczenie ortopedyczne, mianowicie masaż brodawki i częste nakładanie pompki ssącej dla spowodowania jej przekrwienia.

Zamieszczone przy końcu 4 fotografie przedstawiają przypadek, w którym powstało po plastycz-

czą o mylnym obliczeniu cięć, które powinny były znajdować się w fałdzie podsutkowym.

Brodawka lewa znikła pod skórą i utworzyła lejek głębokości 3 cm. Nastąpiło to wskutek wadliwego „zawieszenia sutka na brodawce" (mamilla invertita).

Odtworzyłem brodawkę lewą sposobem *Sellhei-*

ma, prawą — moją metodą wyżej opisaną. Uzupełnić musiałem operację przesunięciem brodawek ku dołowi na właściwe ich miejsce t. zn. na szczyt zmodelowanych na nowo i znacznie zmniejszonych kulistych sutków. Wynik tej operacji przedstawiają rys. 12 (dwa tygodnie po operacji), oraz rys. 13 (cztery tygodnie po operacji).

STRESZCZENIE.

Karmienie noworodka piersią zdrowej matki jest najracjonalniejsze. Często jednak stoją na przeszkodzie zniekształcenia brodawek utrudniające lub wręcz uniemożliwiające prawidłowe odżywianie dziecka. Są to defekty bądź wrodzone, bądź nabyte jak: brodawki płaskie, niedorozwinięte (mamilla plana) brodawki cyckowe lub rozszczepione (pap. fissa), brodawki wklęsłe lub lejkowate (pap. invertita) oraz zupełny brak brodawek (athelia).

Nieliczne metody operacyjne dotąd opisane dotyczą brodawek wklęsłych, mianowicie metody *Kehrera, Bascha* i *Sellheima.*

Nowe sposoby operacyjne opracowane przez autora zmierzają do rekonstrukcji brodawek płaskich, rozszczepionych i całkowitego odtworzenia brodawek brakujących. Polegają one na powiększeniu, zmniejszeniu brodawek lub całkowitym ich odnowieniu z tkanek otaczających ujście kanałów pokarmowych gruczołu piersiowego.

PIŚMIENNICTWO.

Basch: Zur Anatomie u. Physiologie der Brustwarze, Arch. f. Gynäkologie, 44, T. I, 1893, *Sellheim:* Brustwarzenplastik bei Hohlwarzen, Zentralblatt f. Gynekologie 1919, Nr 13, *Dartigues:* Suggestion d'un procédé de refection d'un mamelon sur une surface cicatricielle consécutive à une nécrose du mamelon, Soc. Scientifique Française de Chirurgie Reparatrice, Plastique et Esthétique, Posiedzenie z dn. 1.V 1933, *Michałek-Grodzki:* Fautes techniques et dangers dans la chirurgie plastique du sein, Revue de Chirurgie Structive 1935, Nr 1.

RESUMÉ.

Nouvelles methodes opératoires dans le traitement de la déformation des mamelons

par

Dr Michałek - Grodzki (Varsovie).

À la suite de troubles dans la vie embryonnaire ou plus tard dans l'existence à la suite de causes mécaniques et traumatiques se forment des mamelons plats (mamilla plana) ou mamelons fendus (mamilla fissa), des mamelons creux (mamilla invertita) ou bien apparaît le manque complet de mamelons (athelia).

Ces vices de conformation entravent ou rendent impossible l'allaitement. Il existent des méthodes d'opérations pour remédier aux mamelons creux. Les mamelons plats (mamilla plana) peuvent être corrigés par le rétrecissement de l'aréole au moyen du resserement des fibres musculaires de l'aréole (3 méthodes).

Les mamelons fendus (mamilla fissa) sont raccourcis par une résection oblique et la myotomie souscutanée.

On peut remédier au manque complet (athelia) de mamelons par la réfection de la communication entre la glande mammaire avec la peau et la reconstruction du mamelon par la peau qui l'entoure et le tissu souscutané (deux séances).

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

W sprawie nastawiania złamań szyi kości udowej

podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu.

I.

O powodzeniu operacji zespolenia pozastawowego szyi kości udowej decyduje w pierwszym rzędzie nastawienie złamania. Możemy oczywiście wbić gwóźdź w każdym ustawieniu odłamków, ale zapewnić dobry wynik może tylko gwóźdź, wbity prawidłowo do dobrze nastawionych odłamków. Pod dobrym nastawieniem odłamków należy rozumieć albo anatomiczne nastawienie, albo, choć nieanatomiczne, lecz z dobrym stykiem i dobrą statyką.

Najlepszym nastawieniem, jak w każdym złamaniu, jest nastawienie anatomiczne, to też takie nastawienie powinno być *naczelną zasadą naszego postępowania,* tym bardziej że w większości przypadków jest to wykonalne. Jeżeli mamy do czynienia z złamaniami wklinowanymi w dobrym ustawieniu statycznym, nie tylko nie potrzebujemy nastawiać, ale wprost przeciwnie, musimy dbać o to, żeby nie rozklinować odłamków. Natomiast w razie przemieszczenia odłamków postępowanie nasze będzie różne, zależnie od przypadku.

Analiza przypadku opiera się przede wszystkim na rozpoznaniu postaci złamania. Aczkolwiek anatomia i mechanika złamań szyi kości udowej została opracowana od dawna i nie przedstawia punktów spornych, podział kliniczny tych złamań nie został ujednostajniony; mamy nawet ostatnio próby podziału opartego wyłącznie na przesłankach mechaniki z zupełnym pominięciem stosunków anatomicznych *(Pauwels).* Niemieccy autorzy wprowadzili podział złamań szyi k. udowej na *fr. colli fem. medialis* (złamanie szyi k. udowej przyśrodkowe, t. zn. jej części przyśrodkowej) i *fr. colli fem. lateralis* (złamanie szyi k. udowej boczne, t. zn. jej części bocznej). Założeniem tego podziału jest rozgraniczenie złamań śródstawowych (fr. medialis) i pozastawowych (fr. lateralis). Podział ten jest nie tylko ogólnikowy, ale wręcz nierealny, ponieważ trzecia część złamań szyi k. udowej to złamania skośne, których niepodobna zaliczyć ani do jednej ani do drugiej grupy. Terminologia ta powinna zniknąć zupełnie, ponieważ uogólnia sprawę, która z punktu widzenia lecznictwa chirurgicznego wymaga właśnie sprecyzowania.

Racjonalny podział kliniczny złamań szyi k. udowej, podobnie jak podział wszelkich złamań, powinien opierać się na zasadach anatomicznych. Dla mianownictwa chirurgicznego proponuję następujący podział (p. rys. 1.):

1. *fr. colli femoris subcapitalis — złamanie szyi k. udowej podgłówkowe.* Jest to złamanie, przebiegające tuż poniżej główki, poprzecznie lub *lekko* skośnie, o zazębionej powierzchni odłamków;

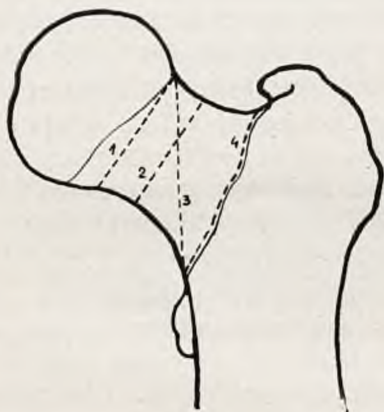
2. *fr. colli femoris transcervicalis — złamanie szyi k. udowej przezszyjkowe* o cechach podobnych do podgłówkowego, różniące się od poprzedniego tym tylko, że szpara złamania przebiega nieco niżej (bliżej podstawy szyi);

3. *fr. colli femoris obliqua* (według innej terminologii *(Matti)* fr. colli femoris partim intermedia) — *złamanie szyi k. udowej skośne.* Jest to złamanie spotykane w 25 — 30% wszystkich przypadków złamań szyi k. udowej.

Linia złamania przebiega w tej postaci

wybitnie skośnie, zawsze od góry i strony przyśrodkowej w dół ku stronie bocznej. Charakterystyczną cechą tej postaci złamania jest obecność dzioba, rzutującego się na obrazie rentgenowskim w obrębie łuku Adamsa. Ten dziób jest krótszy lub dłuższy, niekiedy sięga aż do krętarza mniejszego (p. niżej przyp. 18);

4. *fr. colli femoris intertrochanterica* — *złamanie szyi k. udowej międzykrętarzowe.* W czystej postaci szpara złamania przechodzi ściśle przez linię międzykrętarzową. Niekiedy linia złamania biegnie także przez niewielki odcinek krętarza wielkiego, innym razem schodzi w dół na krętarz mniejszy. W tych przypadkach złamanie międzykrętarzowe odróżniamy od przezkrętarzowego (ważne ze względu na wskazanie operacyjne — zespalanie złamań przezkrętarzowych jest przeciwwskazane) dopiero na zasadzie zdjęcia bocznego, na którym widać, że linia złamania przebiega poprzecznie, odpowiednio do podstawy szyi kości udowej (por. niżej przyp. 16).



Rys. 1.

T. zw. epifizjolizy szyi kości udowej nie zaliczam do złamań szyi, ponieważ jest to, ściśle biorąc, złamanie główki kości udowej [1]).

[1]) Przypadki epifizjolizy, spostrzegane w Instytucie, zostaną podane w osobnym opracowaniu.

Przemieszczenie odłamków: Podobnie jak w każdym złamaniu, tak samo w złamaniu szyi k. udowej spotykamy przypadki bez przemieszczenia odłamków lub z przemieszczeniem nieznacznym. Z punktu widzenia klinicysty poświęcimy uwagę 1) przypadkom bez przemieszczenia oraz 2) przypadkom t. zw. abdukcyjnego wklinowanego złamania szyi k. udowej, ponieważ są to przypadki, gdzie: ad 1) nie ma potrzeby nastawiania, dlatego że nie ma przemieszczenia, ad 2) nie ma potrzeby nastawiania dlatego, że nastawianie byłoby połączone ze szkodliwym rozklinowaniem odłamków.

O złamaniach bez przemieszczenia nie ma potrzeby się rozwodzić; pisano o tym ostatnio sporo (fractura latens). Objawy są początkowo niewielkie; w przypadkach nieleczonych odłamki mogą ulec wtórnie przemieszczeniu.

W grupie złamań przezszyjkowych spotykamy często t. zw. złamania abdukcyjne z wklinowaniem (przyp. 2 i 19). Wyodrębnienie tej postaci złamania przezszyjkowego jest zasługą *Böhlera.* Jeśli chodzi o mechanizm, jest to złamanie ze zgięcia, najczęściej niezupełne (mechanizm zgiętej na kolanie laski drewnianej). Według moich spostrzeżeń złamanie to występuje zazwyczaj u osób z coxa valga, które z tego właśnie względu trudno ulegają innym postaciom złamania szyi kości udowej. Do złamania szyi k. udowej usposabiają dwa czynniki — szpotawość i zmiany wsteczne kości; u osób z coxa valga w grę wchodzi tylko jeden czynnik — drugi.

O tej postaci złamania pisał obszernie *Gruca* (Chirurg Polski 3/37), twierdząc, że w tym złamaniu „ustawienie odłamków w pozycji koślawej i wklinowanie szyjki w główkę jest następstwem zadziałania czynników wtórnych w drugim okresie urazu na główkę odłamaną poprzednio w sposób typowy". Twierdzenie swe opiera *Gruca* głównie na analizie przebiegu linii złamania, która jest identyczna w przypadkach złamań „abdukcyjnych" i „addukcyjnych". Zapewne, że kierunek

linii złamania zależy w znacznym stopniu od mechanizmu złamania, ale przyczyny charaktery stycznego — koślawego *ustawienia* odłamków oraz ich wklinowania należy szukać w złamaniu abdukcyjnym w tym, że jest to złamanie niezupełne — nadłamanie z wklinowaniem w miejscu kompresji odłamków.

W przypadkach złamań zupełnych przezszyjkowych regułą jest przemieszczenie, a nawet w przypadkach z nieznacznym przemieszczeniem dochodzi łatwo do wtórnego przemieszczenia pod wpływem niewielkich dodatkowych urazów, np. przenoszenia chorego. W złamaniu abdukcyjnym przemieszczenie może wystąpić w świeżych przypadkach dopiero pod wpływem brutalnego czynnika wtórnego, a w zastarzałych nieleczonych dopiero po upływie kilku tygodni, gdy dojdzie do resorbcji odłamków (spostrzeżenie własne). Przyjęcie tezy *Grucy* — najpierw złamanie typowe addukcyjne, po tym dopiero przez dodatkowy czynnik wtórny zmiana ustawienia na abdukcyjne z wklinowaniem — przeczy temu, co spostrzegamy we wszelkich złamaniach. Właśnie odwrotnie, złamanie wklinowane ulega nieraz rozklinowaniu, ale samoistnej zmiany przemieszczonych złamań na wklinowane nie spotykamy. Byłby to niewytłumaczony zbieg okoliczności, spotykany w 20% złamań szyjki.

Pogląd o niezupełnym złamaniu szyjki k. udowej nie jest nowy, wypowiada go w swej publikacji *Johansson*, nawet w przypadku 35, który *Gruca* cytuje dla poparcia swego twierdzenia.

W złamaniu przezszyjkowym abdukcyjnym przemieszczeń w rzucie bocznym nie spotykamy, najwyżej niewielkie skrzywienie osi, które odpowiada kompresji wklinowanego odłamka, natomiast w zupełnym złamaniu przezszyjkowym przemieszczenie boczne występuje prawie zawsze, często nawet o całą szerokość powierzchni złamania. Znów tylko przez wyjątkowy zbieg okoliczności czynnik wtórny mógłby wyrównać przemieszczenie w obu płaszczyznach. Za pierwotnym abdukcyjnym ustawieniem przemawia typowy obraz kliniczny, a szczególnie radiologiczny. Wszystko w tym złamaniu da się wytłumaczyć jedynie mechanizmem niezupełnego złamania ze zgięcia przez abdukcję, tak samo jak w lasce drewnianej: nadłamana w miejscu prostym ulegnie skrzywieniu, a nadłamana w miejscu krzywym w kierunku odwrotnym do skrzywienia wyprostuje się i będzie jeszcze nawet służyć do podpierania.

II.

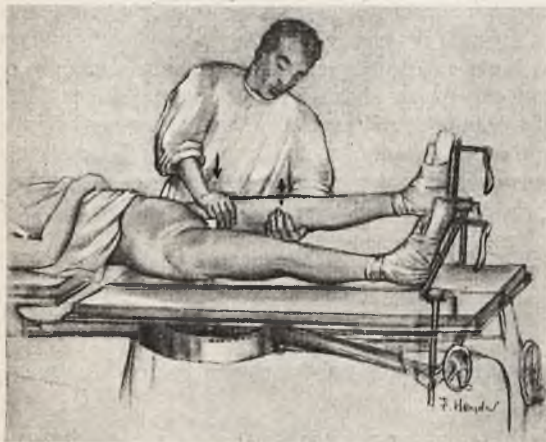
Nie mogąc ze względów technicznych przedstawić w ramach obecnej pracy zdjęć wszystkich leczonych przez nas operacyjnie przypadków (ponad 150), ograniczam się do podania serii *wszystkich* przypadków złamania szyi kości udowej, leczonych ostatnio w ciągu 3 miesięcy w Instytucie. Seria ta (22 przypadki) jest skrótem całości — są tu reprezentowane wszystkie typy złamania i przykłady sposobów nastawiania.

Do I-szej postaci (zł. podgłówkowe) należą przypadki: 4, 5, 6, 8, 10, 11, 17, 22. Do II postaci (zł. przezszyjkowe) przypadki: 2, 12, 13, 19, 20. Do III postaci (zł. skośne) przypadki: 1, 3, 9, 14, 15, 18. Do IV (zł. międzykrętarzowe) przypadki: 7 i 16. Przyp. 21 — staw rzekomy szyi kości udowej.

We wszystkich przypadkach typu I i II uzyskaliśmy bardzo dobre nastawienie, posługując się następującą techniką nastawiania:

Nastawiamy zawsze na stole ortopedycznym lub zwykłym stole opatrunkowo-wyciągowym (p. Chir. Pol. Nr 2/36). Po umocowaniu nóg napinamy lekko kończyny, tak by okolica krzyżowa spoczęła na podstawce, a krocze oparło się dobrze o pręt podpórki. Staw biodrowy ustawiamy zawsze w znacznym zgięciu. Teraz odwodzimy kończyny: zdrową nieznacznie, chorą nieco więcej, mniej więcej do kąta 35° — 40°, napinając jednocześnie lekko kończyny. Następnie napinamy nieco silniej chorą kończynę (w świeżych złamaniach nie należy stosować *nigdy* znacznego wyciągu) po czym skręcamy ją do środka tak. by rzepka obróciła się do środka od pozycji poziomej o 15° — 20°. Wreszcie przystępujemy do nastawienia przemieszczenia kątowego, które ujawnia nam

zdjęcie boczne. Wyrównujemy ten kąt następującym sposobem (rys. 2): podpieramy przedramieniem udo w okolicy dołu podkolanowego, a drugą rękę przesuwamy krótkim, mocnym pchnięciem odłamek obwodowy do tyłu; w przypadkach świeżych wyczuwamy przy tym z reguły charakterystyczne chrupnięcie. Teraz wklinowujemy odłamki: odpuszczamy nieco lekki wyciąg i uderzamy dłonią okolicę krętarza wielkiego. Jeżeli nastawienie udało się dobrze, uderzenie to nie wywołuje już bolesności, a chory po nastawieniu przestaje odczuwać bóle samoistne.



Rys. 2.

Opisane postępowanie daje z reguły bardzo dobre wyniki, jak to widać w serii przedstawionych przypadków. Przed ustaleniem tej techniki, gdy nastawialiśmy wyłącznie za pomocą wyciągu, odwiedzenia i rotacji, trzeba było nieraz powtarzać nastawianie kilkakrotnie. Gdy zaczęliśmy się posiłkować techniką spychania (podobnie jak w złamaniu szyi k. ramiennej) nastawienie stało się łatwe i udaje się z reguły odrazu.

Opisana technika jest typowa dla złamań podgłówkowych i przezszyjkowych; oczywiście w złamaniach przezszyjkowych abdukcyjnych z wklinowaniem układamy chorego odrazu na stole ortopedycznym, unikając wszelkich manipulacyj, żeby uniknąć rozklinowania.

Podkreślam, że w złamaniach poprzecznych należy po nastawieniu odpuścić wyciąg i wklinować odłamki, tylko wtedy bowiem możemy się już nie obawiać wtórnego przemieszczenia, podobnie jak we wszelkich poprzecznych lub lekko tylko skośnych złamaniach.

Muszę zrobić raz jeszcze dygresję do artykułu *Grucy,* który twierdzi w konkluzji, że naczelną zasadą nastawiania powinna być zmiana „addukcyjnego" ustawienia na „abdukcyjne". Zasady nastawiania wszelkich złamań są jednakowe: należy dążyć zawsze do nastawienia anatomicznego, ponieważ tylko w tym ustawieniu uzyskujemy najlepszy styk, bo najszerszą powierzchnią złamania, i najlepsze wklinowanie. Oczywiście abdukcyjnych złamań nie będziemy zmieniać na anatomiczne dlatego, że i wklinowanie i styk i statyka są dobre. Zresztą w tych złamaniach abdukcyjne ustawienie jest właściwie „anatomiczne", ponieważ doszło do kompresji, inaczej rozchylili byśmy szparę złamania.

Niewielkie odchylenia „na valgus" nie odgrywają roli w nastawieniu *poprzecznych* złamań, nie sądzę jednak, by takie ustawienie należało wymuszać, mając do wyboru najlepsze ustawienie — anatomiczne i prawidłowy kąt szyi. Natomiast odchylenia „na valgus" w złamaniach skośnych typu III są wręcz szkodliwe. W tych złamaniach mamy analogię do złamań skośnych innych kości. I nastawienie i utrzymanie jest tutaj trudne. W publikacjach *Johanssona* i *Felsenreicha* rzuca się odrazu w oczy, że niepowodzenia dotyczą w głównej mierze złamań tego typu. Jest to zrozumiałe, chodzi przecież o złamania skośne, zastanawia jedynie, że doświadczeni klinicyści, operujący dużym materiałem, nie wyodrębnili *zdecydowanie* tego typu złamania. Przecież reguły nastawiania złamań poprzecznych nie mogą być miarodajne dla złamań skośnych.

Tutaj dochodzę do uzasadnienia wysuniętej na początku pracy tezy o konieczności dokładnego rozpoznania postaci złamania przed przystąpieniem do nasta-

wiania. Oto preparat skośnego złamania szyi kości udowej, uzyskany ze zwłok chorej zmarłej nagle w 10 dni po złamaniu. Spróbujmy nadać odłamkom ustawienie koślawe — nie będzie styku; gwóźdź wbity w tym ustawieniu wywędruje z kości po kilku tygodniach i nastąpi rozejście się odłamków (rys. 3).

ponieważ odłamki mają tendencję do ześlizgu. Należy wówczas zmieniać kilkakrotnie rotację i stopień wyciągu, nie należy jednak stosować nigdy większego odwiedzenia, żeby nie dopuścić do ustawienia koślawego. Jeżeli odłamki ześlizgują się uporczywie, trzeba niekiedy na szczycie działania wyciągu wbić odrazu gwóźdź



a. b. c.

Rys. 3. Preparat skośnego złamania szyi kości udowej: a) ustawienie anatomiczne, b) ustawienie koślawe, c) ustawienie w przemieszczeniu rotacyjnym.

Dobry wynik w złamaniach skośnych uzyskamy tylko w 2 wypadkach: 1) po uzyskaniu wklinowania odłamków w anatomicznym ich ustawieniu (wówczas dobre zazębienie), 2) po wklinowaniu z przemieszczeniem rotacyjnym, lecz z dobrą statyką i wklinowaniem, tj. w sytuacji, gdy górny odłam siedzi okrakiem na dolnym. Przykłady takiego nastawienia (ad 1 i 2) dają nam przypadki 9 i 18. W przypadku 9 nastawienie jest prawie anatomiczne, w przypadku 18 analiza sytuacji gwoździa, wbitego przez jednego z asystentów po dwukrotnym nastawianiu, zmusiła mnie do usunięcia gwoździa i powtórnego nastawienia w przemieszczeniu rotacyjnym. Dopiero w takim ustawieniu wbiłem gwóźdź; teraz wklinowanie odłamków rokuje dobry wynik.

Nastawianie złamań skośnych szyi k. udowej wymaga czasem dużo wytrwałości,

kierowniczy (jeszcze przed rentgenowską kontrolą nastawienia) w celu przeszkodzenia ześliznięciu się odłamków. Zdjęcie kontrolne wykaże nam sytuację utrwalonego przez gwóźdź kierowniczy ustawienia. Jeżeli się okaże, że wyciąg jest za duży lub za mały, wówczas wyciągamy nieco gwóźdź kierowniczy, tak by usunąć go z główki, następnie, zależnie od sytuacji, zmniejszamy lub zwiększamy wyciąg, i wbijamy natychmiast z powrotem gwóźdź kierowniczy w główkę.

W złamaniach skośnych szyi k. udowej zasadniczym postulatem jest nastawianie w zgięciu stawu biodrowego, inaczej bowiem główka ma tendencję do obracania się. Musimy więc w tych przypadkach unieść jaknajwyżej pręt pionowy z uchwytem nogi.

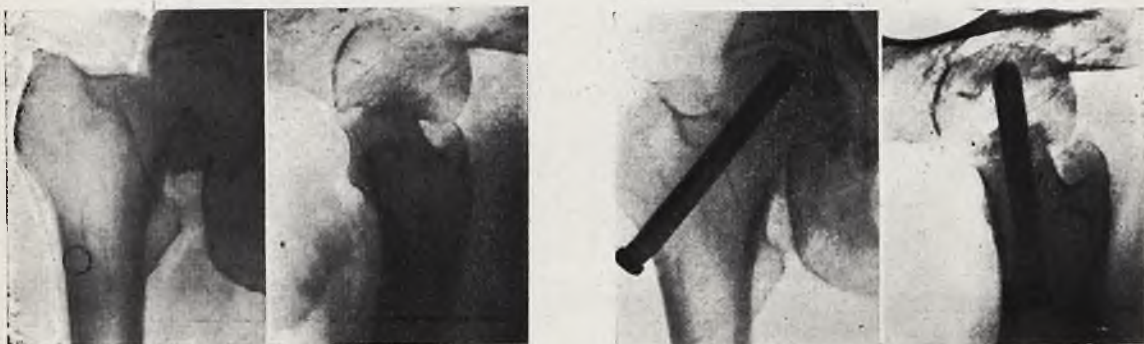
Złamania typu IV (zł. międzykrętarzo-

we) ulegają łatwo nastawieniu na stole ortopedycznym po zastosowaniu odwiedzenia i skręcenia do środka. W przypadkach ze szpotawym ustawieniem odłamków należy napiąć lekko kończyny, a w przypadkach gdzie zdjęcie boczne wykazuje skrzywienie osi — wyrównać oś za pomocą zepchnięcia.

Wszystkie przypadki nastawiono bez znieczulenia; po nastawieniu operowano w znieczuleniu miejscowym.

III.

Seria 22 przypadków złamań szyi kości udowej, wszystkich jakie były leczone pozastawowym zespoleniem gwoździem Smith-Petersena w Instytucie Chirurgii Urazowej w okresie 3-miesięcznym od 9.X 37 do 11.I 38 roku:



Przyp. 1. S. B., l. 70. 9.X 37. Złamanie skośne (typ III). Przypadek nastawiony w 4 tygodnie po złamaniu. Nastawienie trudne: główka w rzucie przednio-tylnym obraca się w kierunku przeciwnym do ruchu strzałki zegara. Nastawienie poprawiano kilkakrotnie. Ostatecznie za pomocą wyciągu, rotacji, zepchnięcia i uderzenia w krętarz wklinowano odłamki w dobrym zazębieniu, aczkolwiek odłamki stykają się nie całą powierzchnią złamania.



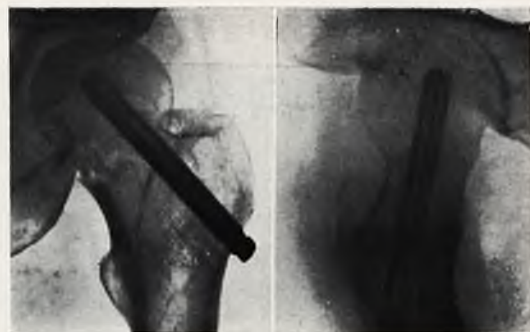
Przyp. 2. M. S., l. 78. 14.X37. Złamanie przezszyjkowe (typ II, postać abdukcyjna). W tym przypadku złamanie nie uległo rozklinowaniu, pomimo że chorą po upadku przy wsiadaniu do tramwaju przeniesiono na rękach do pobliskiego domu, a z domu wyniesiono w pozycji siedzącej (ze względu na wąskie schody) do karetki Pogotowia. W rzucie bocznym przemieszczenia nie ma. W rzucie przednio-tylnym widać kompresyjne wklinowanie odłamków po stronie bocznej. Rekonstrukcja myślowa kąta szyjki daje obraz coxa valga.




Przyp. 3. K. N., l. 86. 15.X 37. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie trudne, wklinowanie odłamków nastąpiło dopiero w przemieszczeniu rotacyjnym po zastosowaniu nadmiernego skręcenia do środka. Przemieszczenie rotacyjne widoczne po nastawieniu odłamków na zdjęciach w obu rzutach. W tym przypadku ze względu na przemieszczenie odłamków o całą szerokość powierzchni złamania zastosowano najpierw dość silny wyciąg.

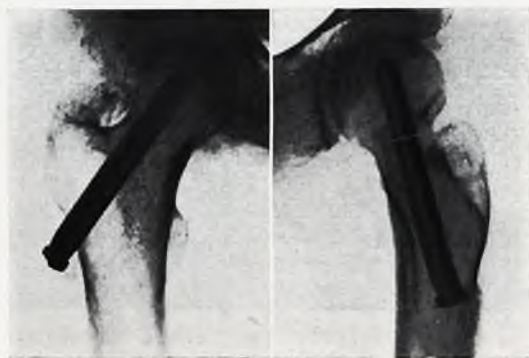



Przyp. 4. M. L., l. 85. 16.X 37. Złamanie podgłówkowe (typ I) z rozpoczynającą się resorbcją (przypadek nastawiony w 4 tygodnie po złamaniu). Nastawienie w zasadzie łatwe, utrudnione w tym przypadku ze względu na znaczną otyłość, objawy przewlekłej niedrożności jelit oraz obecność wielkiej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej brzucha. Przemieszczenie boczne usunięto za pomocą zepchnięcia (niedostatecznie).

Przyp. 5. E. J., l. 62. 17.X 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie b. łatwe; przemieszczenie boczne usunięto zepchnięciem, uzyskując nastawienie, jak w postaci abdukcyjnej (przekorygowanie wskutek zbyt dużego wyciągu). W takich przypadkach udaje się zazwyczaj nastawienie anatomiczne.





Przyp. 6. T. K., l. 62. 15.X.37. Złamanie podgłówkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą samego zepchnięcia bez wyciągu.





Przyp. 7. J. P., l. 75. 30.X 37. Złamanie międz·krętarzowe (postać IV). Nastawienie anatomiczne uzyskano za pomocą odwiedzenia i skręcenia do środka.





Przyp. 8. Ch. W., l. 86. 27.XI 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu i skręcenia do środka. Przekorygowano nieco skrócenie(za duży wyciąg).




Przyp. 9. Z. S., l. 53. 5.XII 37. Złamanie skośne (typ III) z długim dziobem, sięgającym do krętarza mniejszego. Złamanie nastawiono w 3 tygodnie po wypadku za pomocą zepchnięcia po zastosowaniu lekkiego wyciągu i skręcenia kończyny do środka.



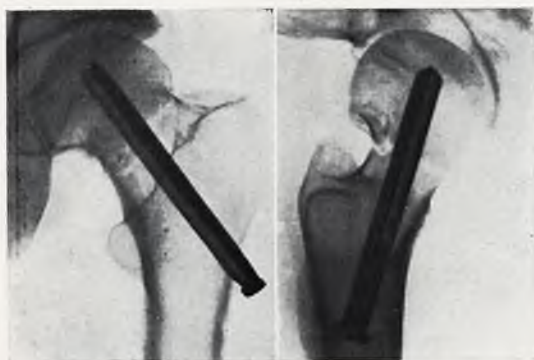

Przyp. 10. D. B., l. 62. 7.XII 37. Złamanie po główkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia (w tym przypadku niedostatecznego).



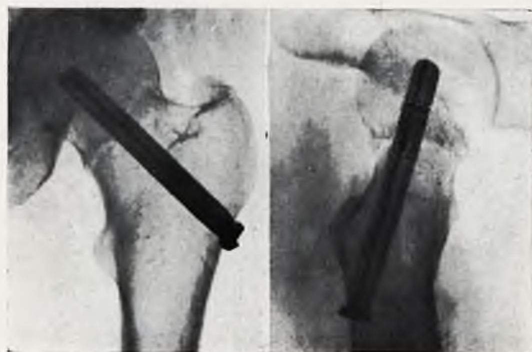

Przyp. 11. J. A., l. 68. 7.XII 37. Złamanie podgłówkowe (typ I). B. łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia wyciągu i zepchnięcia.




Przyp. 12. J. C., l. 69. 22.XII 37. Złamanie przezszyjkowe (typ III). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.

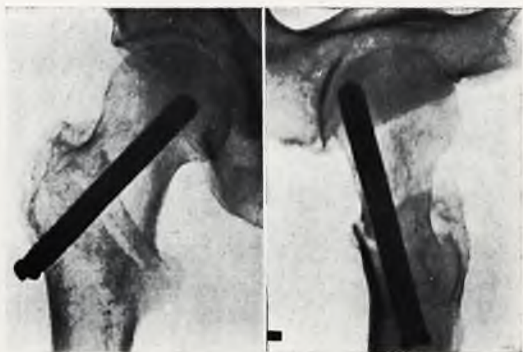
Przyp. 13. M. W., l. 50. 3.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II). Łatwe nastawienie za pomocą odwiedzenia, lekkiego wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.

Przyp. 14. S. M., l. 42. 3.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie w tym przypadku łatwe za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.




Przyp. 15. F. R., l. 49. 4.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu, skręcenia i uderzenia w krętarz.

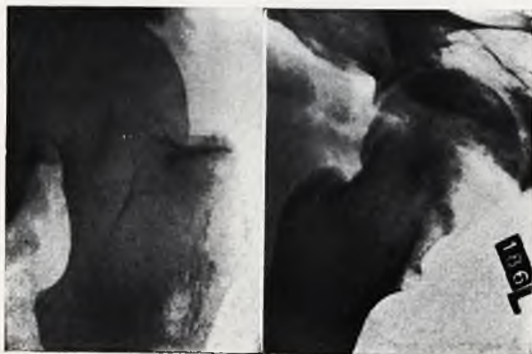
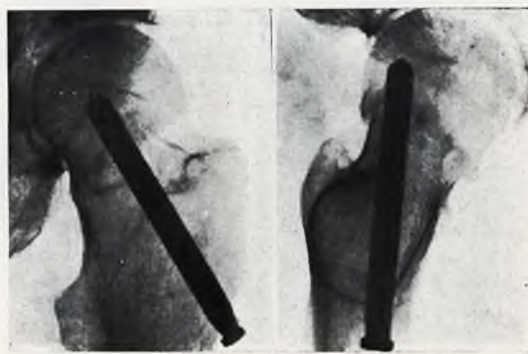
Przyp. 16. Z. L., l. 63. 4.I 38. Złamanie międzykrętarzowe (typ IV). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, skręcenia i zepchnięcia.



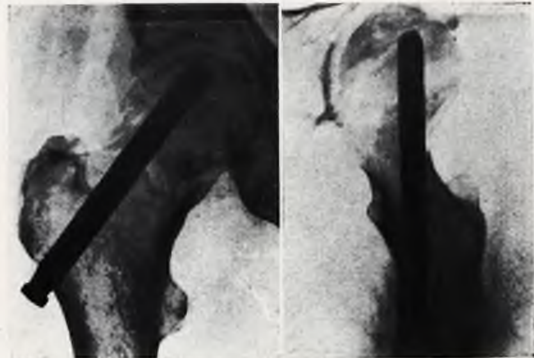

Przyp. 17. F. M., l. 68. 5.I 38. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie za pomocą odwiedzenia, wyciągu i zepchnięcia.



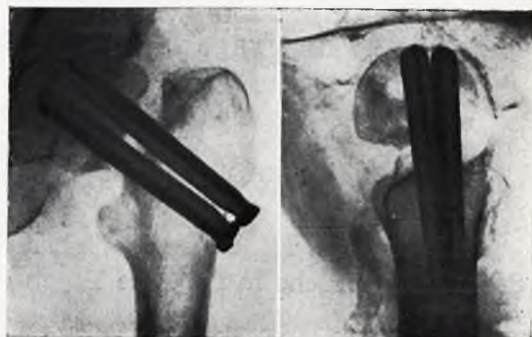

Przyp. 18. J. D., l. 70. 5.I 38. Złamanie skośne (typ III). Nastawienie trudne, wielokrotne. Wbity gwóźdź S. P. wyjęto i nastawiono ponownie, wbijając następnie gwóźdź w pozycji przemieszczenia rotacyjnego. Dobre wklinowanie.

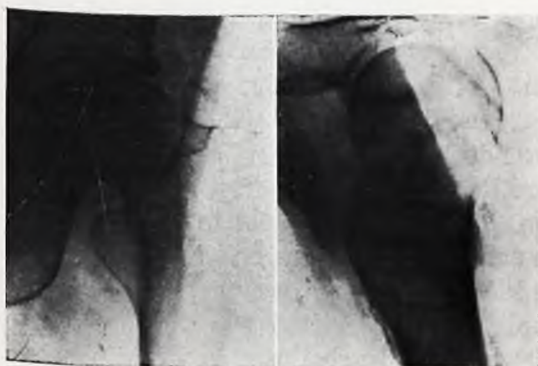
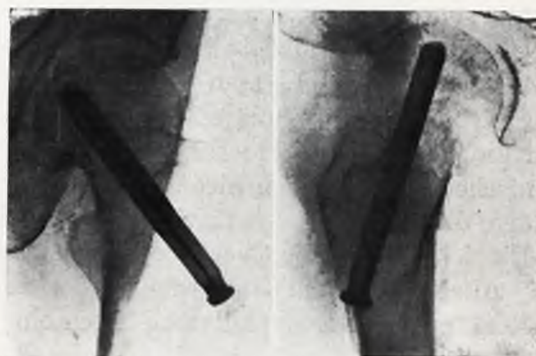
Przyp. 19. A. T., l. 63. 8.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II, postać abdukcyjna). Uderzająca jest znaczna koślawość, którą stwierdziliśmy także po stronie zdrowej.

Przyp. 20. F. J., l. 63. 9.I 38. Złamanie przezszyjkowe (typ II). Nastawienie b. łatwe za pomocą lekkiego wyciągu. Niedostatecznie zepchnięto odłam obwodowy.

Przyp. 21. F. L., l. 60. 9.I.38. Staw rzekomy we wczesnym okresie (7 mies. po złamaniu). Znacznego stopnia resorbcja szyjki. Zastosowano długotrwały wyciąg śrubowy (na stole ortopedycznym) i uzyskano dobre wklinowanie.

Przyp. 22. J. S., l. 71. 11.I 38. Złamanie podgłówkowe (typ I). Nastawienie w 4 tygodnie po złamaniu za pomocą wyciągu, skręcenia i zepchnięcia.

PIŚMIENNICTWO UWZGLĘDNIONE.

Gruca: O t. zw. abdukcyjnym złamaniu szyjki kości udowej, Chir. Pol., Nr 3/37, *Böhler:* Die Technik der Knochenbruchbehandlung, wyd. 4, Wiedeń, Maudrich, 1933, *Felsenreich:* Die operative Behandlung der frischen medialen Schenkelhalsfraktur, Wiedeń, Maudrich, 1937, *Johansson:* Operative Behandlung von Schenkelhalsfrakturen, Kopenhaga, Munksgaard, Lipsk, Thieme, 1934, *Matti:* Die Knochenbrüche und ihre Behandlung, wyd. 2, Berlin, Springer, 1931, *Pauwels:* Der Schenkelhalsbruch, ein mechanisches Problem, Stuttgart, Enke, 1935.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Zur Frage der Einrichtung des Schenkelhalsbruches

v.

Dr T. Sokołowski

Leiter des Institutes für traumatische Chirurgie (Warszawa).

Verf. teilt aus klinischen Gründen die Schenkelhalsbrüche in folgende Typen ein (Abb. 1):

1. fr. c. fem. subcapitalis,
2. fr. c. fem. transcervicalis,
3. fr. c. fem. obliqua,
4. fr. c. fem. intertrochanterica.

Die Einteilung deutscher Autoren in zwei Grundformen (fr. c. fem. medialis et lateralis), welche gleichzeitig eine intra- und eine extraartikuläre Form unterscheidet, sollte verlassen werden, da einerseits $1/3$ aller Schenkelhalsbrüche eine schräge Form bildet, welche man weder zur intra- noch zur extraartikulären Fraktur zählen kann, anderseits diese Einteilung den klinischen Bedürfnissen nicht entspricht, indem die Schrägbrüche eine andere Art der Einrichtung als die Querbrüche verlangen.

Alle Schenkelhalsfrakturen werden vom Verf. auf dem orthopädischen Tisch eingerichtet, wobei durch möglichst hohe Einstellung des senkrechten Stabes mit Fussschale Beugung des Hüftgelenkes erreicht werden muss.

Bei den Querfrakturen der 1. und 2. Art ist die Einrichtung selbst in Fällen mit starker Verschiebung der Fragmente leicht. Es muss dabei zuerst ein leichter Zug, dann mässige Abduktion, schliesslich Innenrotation angewendet werden. Seitliche winkelige Verschiebung wird ähnlich wie bei Oberarmkopfbrüchen durch einen kurzen Stoss beseitigt (Abb. 2).

Grundprinzip ist anatomische Reposition der Fragmente. Der normale Schenkelhalswinkel muss unbedingt wiederhergestellt werden, denn nur dann wird beste Adaptation der Bruchstücke erreicht. Valgusstellung muss vermieden werden — eine einzige Ausnahme bildet *Böhlers* eingekeilte Abduktionsform. Hier verzichtet Verf. auf Redression der Valgusstellung um die Einkeilung nicht zu lockern. Nach Beobachtungen des Verf. werden Brüche dieser Art bei Personen mit coxa valga angetroffen.

Die Einrichtung der Schrägbrüche verlangt eine besondere Technik. Im einschlägigen Schrifttum fällt auf, dass Fehlschläge vorwiegend die Schrägbrüche betreffen. Es ist merkwürdig, dass selbst erfahrene Kliniker diesen Typ bisher weder gesondert hervorgehoben, noch eine besondere Repositionsart für ihn angegeben haben. Die Einrichtung ist in diesen Fällen manchmal recht schwer. Valgusstellung ist hier schädlich, man muss entweder anatomisch einrichten, oder, wenn das nicht gelingt, die Bruchstücke in Rotationsverschiebung einstellen und einkeilen (Abb. 3 und Fall 18).

Intertrochantäre Frakturen werden durch leichten Zug, Abduktion und Innenrotation eingerichtet.

Zum Schluss gibt Verf. eine Serie von 22 im Institut im Laufe der letzten 3 Monate behandelten Fällen (in den letzten zwei Jahren insgesamt über 150 Operierte). Ausnahmslos erreichte Verf. in dieser Serie gute Einrichtung und tadellosen Erfolg.

In allen Fällen wurde die Einrichtung ohne Betäubung gemacht; nach der Einrichtung wurde die Osteosynthese in allen Fällen in Lokalanästhesie durchgeführt.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 lutego 1938 r.

Doc. J. Rutkowski:

DWA PRZYPADKI OPEROWANYCH GUZÓW OGONA KOŃSKIEGO.

Guzy ogona końskiego są często mylnie rozpoznawane jako rwa kulszowa na podstawie typowych napadów bólowych, obecności punktów bolesnych, dodatniego objawu Lassegue'a itp., a dopiero uporczywość cierpienia i wynik wykonanych wobec tego badań dodatkowych (nakłucie lędźwiowe, myelografia) kieruje rozpoznanie na właściwe tory.

U obojga przedstawionych chorych (kobieta l. 34 i mężczyzna l. 25) wywiady są niemal identyczne: od 6 — 7 mies. bóle w obrębie lewej kończyny dolnej wzdłuż nerwu kulszowego; u chorej brak w wywiadach momentu wywołującego, chory wiąże swe cierpienie z przeziębieniem na warcie podczas służby wojskowej. Poza tym wywiady bez znaczenia.



Rys. 1.



Rys. 2.

U chorej dokonano nakłucia lędźwiowego: tylko 5 cm^3 płynu, ciśnienie 100 mm; płyn ksantochromiczny szybko zamienił się w probówce w galaretowaty skrzep; Nonne-Appelt dodatni. Po kilku dniach została nakłuta cysterna cerebri magna — po wydobyciu 2 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego (nie ksantochromicznego i niekrzepnącego) wprowadzono 2 cm^3 lipiodolu; po upływie ½ godz. wykonano rentgenogram: lipiodol, zamiast opaść na dno worka opony twardej, jak w normie (rys. 1), zatrzymał się między XII D i I L — w tej okolicy znajdowała się przeszkoda (rys. 2). Rozpoznano obecność *guza wewnątrz kanału kręgowego*. Powyższe badania zostały wykonane na klinice *prof. K. Orzechowskiego*.

13.I 1938 zabieg operacyjny w uśpieniu sennar-

kolowym: cięcie na wysokości XII D — II L, laminektomia. Opona twarda rozszerzona, nie tętni; po nacięciu opony uwidocznił się guz twardy, ograniczony, wielkości zdwojonej pestki daktyla. Guz wyłuszczono za pomocą małego unośnika i odcięto jego cienką szypułę. Rekonstrukcja dokładna opony, warstwy mięśniowej, powięzi i skóry; przebieg pooperacyjny gładki, bóle ustąpiły, chora czuje się zupełnie dobrze.

Badanie anat.-pat. *(dr Kuligowski)* stwierdziło, że był to nowotwór łagodny — *neurinoma.* Pokaz chorej, która dopiero zaczęła chodzić po dokonanej 16.II appendectomii.



Rys. 3.

W drugim przypadku u mężczyzny nakłucie lędźwiowe w ogóle nie dało płynu; myelografia lipiodolem wykazała, że kontrast zatrzymał się na tym samym poziomie, jak w przypadku poprzednim, ale powstał rysunek odmienny, nieregularny (rys. 3). Rozpoznano również *guz wewnątrzkręgowy.*

Laminektomia 18.I 1938 w uśpieniu sennarkolowym. Opona twarda rozszerzona, nie tętni; po nacięciu wypłynął lipiodol oraz ukazały się miękkie masy guza, naciekające, zespolone z korzonkami ogona końskiego. Technicznie zabieg był trudniejszy, ale przeszedł gładko, przebieg pooperacyjny dobry (z wyjątkiem przemijającego zatrzymania moczu), poprawa w sensie ustąpienia bólów. Utrzymują się nieduże zaburzenia czuciowe i ruchowe. Anat.-patologicznie: *ependymocytoma.* Pokaz chorego.

Dyskusja:

Dr Lubelski: W tych operacjach ma b. ważne znaczenie szczelne zamknięcie opony twardej — w przeciwnym razie grozi wyciekanie płynu m. rdz., co może doprowadzić do śmiertelnego zakażenia. Na 16 własnych przyp. operowanych guzów rdzenia, *L.* operował 3 guzy ogona końskiego. W przyp. 1. guz (chromatoforoma) usunięto drogą laminektomii (L II—V); w oponie twardej pozostał ubytek i płyn m. rdz. wyciekał stale w ciągu 26 dni; śmierć wskutek zakażenia. W piśmiennictwie *L.* znalazł sposób *Sawickiego* wykonywania wytwórczego zabiegu — ubytek w oponie zamyka się dwoma pasmami wyciętymi z mięśni wyprostnych kręgosłupa. W swym drugim przyp., w którym guz (chromatoforoma) był zrośnięty z oponą twardą i także powstał ubytek w oponie, *L.* wykonał zabieg wytwórczy sposobem nieco zmienionym, gdyż nie odcinał pasm mięśniowych, a tylko, po uruchomieniu, zbliżył je i zeszył, przeszywając oponę twardą powyżej i poniżej ubytku. W przyp. 3. chodziło o glejak, który usunięto łyżeczką kawałkami, po czym oponę zeszyto szczelnie.

Dr Rechniowski uważa również za sprawę ważną niedopuszczenie do wytworzenia się wtórnie przetoki; sądzi, że cięcie skórne należy wykonywać łukowato, aby linie szwów głębokich i szwów skórnych nie leżały jedna na drugiej. Zapytuje jak długo trwały zabiegi i ile zużyto sennarkolu.

Dr Abramowicz zapytuje na jakiej zasadzie udało się wyodrębnić te dwa przypadki z pośród tylu innych, które zgłaszają się z dolegliwościami o charakterze rwy kulszowej.

Doc. Rutkowski w odpowiedzi: Po usunięciu części opony powstały ubytek należy zamknąć sposobem podanym przez *dra Lubelskiego.* Ale i przy zwykłym tylko rozcięciu opony po rozszerzeniu cięcia brzegi opony uciekają, i dlatego zaraz po nacięciu jej należy, dla ułatwienia zaszywania, wziąć ją na cugle — nie uczynił tego w 2. przyp. i zeszycie opony nastręczyło nieco trudności. Zeszywa oponę pojedyńczymi szwami strunowymi.

Cięcie łukowate nie ma znaczenia (inaczej niż w operacji Albego), bo tu warstwa mięśni jest gruba: cięcie wprost na wyrostki ościste jest dobre.

Zabiegi trwały około ½ godz., sennarkolu wyszło po 10 cm³, dodawano nieco eteru.

Każdy przypadek rwy kulszowej musi być wszechstronnie zbadany; dopiero po wyłączeniu wszelkich innych spraw można go traktować jako ischias objawowy. Konieczne jest badanie per rectum (guz w miednicy małej), wykonanie rentgenogramu i badanie neurologiczne; przy uporczywości i długotrwałości cierpienia — nakłucie lędźwiowe, a jego wynik (odczyn Nonne-Appelt i ksantochromia, świadcząca o zaburzeniach krążenia) może dać wskazanie do myelografii lipiodolem.

Prof. Z. Radliński:

INFARCTUS MESOCOLI TRANSVERSI.

(przedstawił *dr Szenicer)*

Chora 29-letnia zachorowała nagle z objawami napadowych bólów w jamie brzusznej, wymioty, stolce płynne, krwawe; po kilku dniach stan coraz cięższy; największa bolesność w lew. nadbrzuszu, gdzie wyczuwał się opór wałowaty. Z rozpoznaniem wgłobienia lub zawału krezki chorą operowano. Lewa połowa okrężnicy gruba, twarda, sina a jej krezka na przestrzeni ograniczonej (w postaci klina) również podobnie zmieniona. Hemikolektomii zaniechano ze względu na b. ciężki stan chorej oraz wysokie umiejscowienie zagięcia śledzionowego, odstąpiono także od wyłonienia zmienionej połowy poprzecznicy; zespolono prawą połowę poprzecznicy z esicą, zamknięto podwiązką okrężną światło poprzecznicy przed jej przejściem w część chorobowo zmienioną oraz obszyto wyłączony odcinek rodzajem mufki z sieci. Przebieg pooperacyjny gładki, chora obecnie zagojona, zdrowa. (Szczegółowy opis przypadku ukaże się w druku).

Dyskusja:

Prof. Radliński: Zawał krezki jelita i zator tętnic krezkowych są to sprawy rzadkie, rzadko rozpoznawane i dają na ogół zejście niepomyślne (80% śmiertelności). *R.* operował osobiście 2 takie przypadki. Podany w przedstawionym przypadku sposób postępowania może znaleźć zastosowanie.

Dr L. Manteuffel:

PRZYPADEK ZŁOŚLIWEJ ZIARNICY ŻOŁĄDKA.

(str. własne)

Kobieta l. 33 zgłosiła się do I Klin. Chir. U. J. P. 8.IV 37. z powodu bólów brzucha. Podaje, że od 6 lat odczuwa bóle w nadbrzuszu występujące po jedzeniu. Dolegliwości te po 4 latach ustały, aby w VIII 36. wystąpić ponownie. Bóle zjawiały się zarówno po jedzeniu jako też i naczczo.

Budowa prawidłowa, odżywienie upośledzone, waga 42 kg., skóra i śluzówki blade. Gruczoły chłonne nie powiększone. Brzuch prawidłowo wysklepiony, silnie napięty i bolesny, zwłaszcza w nadbrzuszu; zbadanie okolicy żołądka jest niemożliwe. Badanie radiologiczne dało obraz dość typowy dla guza części odźwiernikowej żołądka. Próba na krew utajoną — wybitnie dodatnia. Morfologia krwi — nic charakterystycznego. Operacja *(prof. Radliński)* w uśpieniu eterowym: resekcja żołądka sposobem Billroth II, a nie Reichel-Polya ze względu na rozległość zmian i konieczność przecięcia żołądka tuż przy wpuście.

Stan chorej po zabiegu ciężki, poprawił się po kilku dniach; została wypisana w 4 tyg. po operacji. Wszelkie dolegliwości ustąpiły. Badanie kontrolne 16.VIII 37. wykazało znaczną poprawę stanu ogólnego; radiografia żołądka nie wykazała zmian mogących przemawiać za nawrotem sprawy. Ponowne badanie 6.XI 37. stwierdziło dalszą poprawę: waga wynosiła 56 kg.

Badanie anat.-pat. wyciętej części odźwiernikowej żołądka wykazało rozległe owrzodzenie obejmujące całą śluzówkę tego odcinka żołądka; dno owrzodzenia pokryte ziarniną swoistą dla *ziarnicy złośliwej.* Na krzywiźnie dużej znajdował się pakiet swoiście zmienionych gruczołów.

Ziarnica złośliwa pierwotnie zajmująca żołądek należy do rzadkości.

Dyskusja:

Doc. Zaorski nadmienia w sprawie mianownictwa, że operację Billroth II należy nazywać op. Billroth I; to co nazywają operacją Billroth I jest operacją Rydygiera.

Dr L. Manteuffel:

PRZYPADEK WRODZONEGO UCHYŁKA ŻOŁĄDKA.

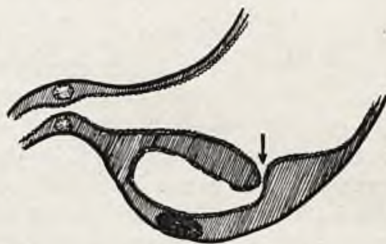
(str. własne)

Kobieta 22-letnia zgłosiła się do kliniki z powodu napadowych bólów w nadbrzuszu połączonych z wymiotami. Bóle trwały z kilkodniowymi przerwami od 3 mies. Jednocześnie zjawił się w pr. podżebrzu guz wielkości pięści, który w przerwach pomiędzy napadami ulegał zmniejszeniu. Chora znacznie schudła. Przed paru laty leczyła się szpitalnie z powodu dolegliwości żołądkowych.

Chora wzrostu niskiego, budowy prawidłowej, wątłej, odżywienie liche. W nadbrzuszu po stronie prawej widać ograniczone uwypuklenie, a obmacywaniem stwierdza się tu guz wielkości pomarańczy, okrągławy, twardy, tkliwy, dość znacznie przesuwalny na boki, mniej ku górze i dołowi. Krew utajona w stolcu — wynik dodatni, radiologicznie — guz części odźwiernikowej żołądka.

Resekcja żołądka *(prof. Radliński)* sposobem Reichel-Polya w uśpieniu sennarkolem. Przebieg pooperacyjny bez większych zaburzeń, po 3 tyg. chora opuściła klinikę z raną zagojoną, bez dolegliwości.

Badanie anat.-patolog. wykazało w części odźwiernikowej żołądka uchyłek, łączący się za pomocą wąskiego otworu, umiejscowionego na krzywiźnie dużej, ze światłem żołądka. Uchyłek długości około 9 cm, stanowił sporą jamę o średnicy miejscami 2 — 3 cm, wysłaną częściowo śluzówką. Uchyłek miał przebieg równoległy do dużej krzywizny i skierowany był w stronę odźwiernika. Na dnie jego znajdowała się dodatkowa, prawidłowo rozwinięta trzustka o wymiarach 5 × 3 × 1 cm. Ściana żołądka była dookoła zgrubiała, zmieniona zapalnie, co powodowało wrażenie, że w tym miejscu znajduje się guz nowotworowy (rys. 4).



Rys. 4.

Doc. J. Rutkowski:

DWA PRZYPADKI WYŁUSZCZENIA POŁOWY ŻUCHWY Z POWODU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO.

Przyp. 1. Chory l. 41 zauważył przed 6 mies. guz w okolicy trzonu i lewego kąta żychwy, twardy, powiększający się powoli. Przed 2 mies. usunięto mu ząb trzonowy, po czym guz szybko powiększył się. Stwierdzono na trzonie żuchwy w pobliżu jej kąta guz wielkości jaja kurzego; gruczoły nie macalne. Rentgenogram — rys. 5. Badanie wycinka *(dr Laskowski): carcinoma spinocellulare.* Po naradzie ze stomatologiem *(dr Bogdanowicz)* przygotowano chorego do zabiegu: dokonano odkażenia jamy ustnej (zaplombowanie zębów, usunięcie korznków) i sporządzono protezę. Dawniej stosowano protezę bezpośrednią (za pomocą odlewu szczęki przygotowywano protezę z kauczuku i wkładano ją po wycięciu żuchwy) wpływało to jednak ujemnie na gojenie. W tym przypadku zastosowano t. zw. „krzywą pochyłą" osadzoną na dolnych zębach po stronie zdrowej, co nie pozwala na zbaczanie pozostałej połowy żuchwy, pociąganej przez mięśnie (skrzydlate). Dopiero po zagojeniu rany zakłada się protezę tymczasową, a po upływie ½ roku — stałą.



Rys. 5.

Operacji dokonano 15.I 38. w znieczuleniu miejscowym, co zmniejsza znacznie niebezpieczeństwo

zabiegu i śmiertelność pooperacyjną. Cięcie równoległe do dolnego brzegu żuchwy od linii środkowej i sięgające poza kąt żuchwy; wyosobniono śliniankę i gruczoły podżuchwowe, odpreparowano cienko skórę, otwarto śluzówkę i po usunięciu kła



Rys. 6. Rentgenogram wyciętej połowy żuchwy.

przepiłowano żuchwę piłką Gigli, po czym wyważono ją z rany i stopniowo wyłaniano; wyrostek dziobiasty odcięto przy końcu i po przecięciu torebki stawowej ostrożnie wyluksowano główkę ze stawu (rys. 6). Zeszyto śluzówkę nakładając szwy od strony skórnej a wiążąc je od jamy ustnej; pozostawiono pasmo gazy na kilka dni, a potem drenik. Przebieg gładki. Ostatnio naświetlano chorego radem, celem zwiększenia radykalności zabiegu. Pokaz chorego.



Rys. 7.

Przyp. 2. Chora 22-letnia. Przed 7 mies. guzek w okolicy lewego kąta żuchwy, który powiększał się. Rentgenogram — rys. 7. Badanie wycinka: *sarcoma gigantocellulare (dr J. Laskowski)*. Zabieg taki sam jak w poprzednim przypadku (rys. 8). Wobec stosunkowo małej złośliwości guza zaniechano naświetlań pooperacyjnych. Przebieg gładki. Pokaz chorej.

Duskusja:

Dr Rechniowski: stosował również „krzywą pochyłą" — ponieważ jest ona sporządzona ze złota, jest więc kosztowna. W przypadku tym pomimo to nie udało mu się uniknąć dewiacji — uważa, że zwłaszcza na prowincji wygodniejsza jest bezpośrednia proteza kauczukowa. Zapytuje, czy a. carotis externa została podwiązana, bo robi to zawsze.

Dr Lubelski: W Wiedniu robią protezę z odcinka żebra, wszczepiając je przed zabiegiem, a do-



Rys. 8. Rentgenogram wyciętej połowy żuchwy.

piero gdy ono przyrośnie, operują żuchwę z nowotworem. U nas robił to *dr Wolteger* (Ch. P. Nr. 3/37 s. 149); na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Ch. War. demonstrowano ten zabieg na filmie.

Doc. Rutkowski w odpowiedzi: „Krzywa pochyła" jest nieskomplikowaną robotą stomatologiczną, może być nie złota i kosztuje wtedy 15 zł. Po operacji obowiązuje dokładne pielęgnowanie jamy ustnej (płukanie wodą utlenioną). Tętnicy szyjnej nie podwiązuje, gdyż operując ostrożnie nie obawia się krwotoku. Uprzednie przeszczepienie żebra jest korzystne, ale tylko w przypadkach nowotworów łagodnych i torbieli — przy złośliwych nie nadaje się, gdyż wymaga długiego wyczekiwania, podczas którego sprawa nowotworowa może nawet przejść na przeszczep.

Dr T. Sokołowski:

DWA PRZYPADKI ZŁAMAŃ NADKŁYKCIOWYCH KOŚCI RAMIENNEJ U DOROSŁYCH.

(str. własne)

Typowe złamania nadkłykciowe spotykamy u dorosłych rzadko, zazwyczaj spostrzegamy wielokrotne złamanie nasady z odłamaniem jednego lub obu kłykci i utworzeniem wolnych odłamków.

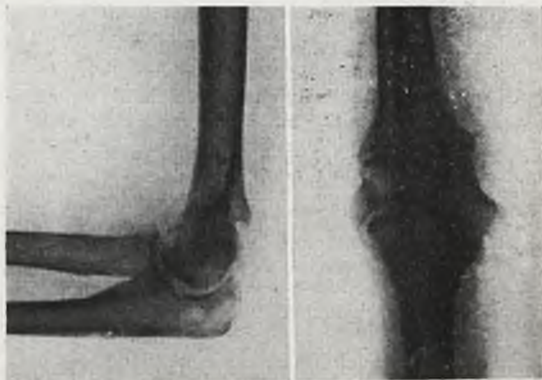


Rys. 9.



Rys. 11.

Oba przedstawione przypadki były leczone sposobem *Zeno,* tj. wyciągiem drutowym za kość łokciową, nieco distalnie od wyrostka łokciowego. W obu przypadkach (rys. 9 — 12) widać wynik dobry pod względem anatomicznym. Badanie stawu łokciowego wykazuje, że w obu przypadkach ruchy stawu, aczkolwiek ograniczone na razie (świeżo zdjęty gips), są niebolesne. Nie stwierdza się przy ruchach oporów, pozwala to w obu przypadkach rokować dobrze.



Rys. 10.



Rys. 12.

Na zasadzie swego doświadczenia uważam za najlepszy sposób leczenia złamań nadkłykciowych k. ramiennej: u dzieci — sposób własny (przybicie drutem nastawionego bezkrwawo odłamka obwodowego), u dorosłych — sposób *Zeno* — wyciąg drutowy za k. łokciową.

Prof. Z. Radliński:

PRZYPADEK NERWOBÓLU KULSZOWEGO.

U chorej, która od 4 lat cierpiała na bóle ischiasowe obustronne, silniejsze po stronie prawej, stwierdzono badaniem rentgenowskim sakralizację V L: wyrostki poprzeczne tego kręgu były połączone z kością krzyżową (massae laterales). Wszelkie sposoby leczenia nie dawały wyniku.

Zastosowane leczenie operacyjne *(prof. Radliński)*, które polegało na wydłutowaniu wyrostka poprzecznego L V po stronie prawej, spowodowało zupełne ustąpienie objawów. Operacja nie jest prosta, a orientacja w stosunkach topograficznych w głębi — trudna. Dostęp z cięcia łukowatego; drenowanie rany w obawie krwiaka. Pokaz chorej.

Dyskusja:

Doc. Rutkowski potwierdza techniczną trudność zabiegu — wykonywał go z cięcia równoległego do przebiegu tylnej części grzebienia k. biodrowej. Wynik doskonały pod względem ustąpienia bólów.

Posiedzenie zakończyło sprawozdanie *dra Datynera* p. t. „Wrażenia z klinik i szpitali we Włoszech".

H. Ciszkiewicz.

KRONIKA

NOMINACJA.

Doc. dr Władysław Dobrzaniecki został mianowany profesorem tytularnym na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

NAGRODY I STYPENDIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1938:

1. **Fundusz Zapomogowo-Stypendialny im. Marii i Jana Giellerów.** Zapomoga w wysokości **3.000 zł**, dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 1 kwietnia 1938 r.

2. **Nagroda im. Dra Józefa Babińskiego.** Nagroda w wysokości **1.000 zł** przeznaczona dla młodych pracowników naukowych za najlepszą pracę z neurofizjologii, bądź z anatomii i histologii prawidłowej lub patologicznej układu nerwowego, bądź za pracę kliniczno-doświadczalną, a wyjątkowo tylko za pracę czysto kliniczną. Praca może być ogłoszona w języku polskim lub obcym, byleby była wykonana w pracowni na terenie Państwa Polskiego. Praca powinna być przedstawiona w rękopisie lub też w druku o ile jej ogłoszenie nastąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat i praca ta nie była dotąd nagrodzona. Termin złożenia pracy wraz z życiorysem upływa z dniem 1 kwietnia 1938 roku.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7) do dnia 1 kwietnia 1938 roku. Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały
Prof. Dr A. Leśniowski.

WYNIK KONKURSU.

W wyniku konkursu naukowego, zainicjowanego przez Instytucje i Stowarzyszenia zajmujące się w Polsce problemem walki z rakiem, ogłoszonego celem uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego, Sąd Konkursowy na ostatnim posiedzeniu w dniu 16 stycznia 1938 r. po uprzednim zapoznaniu się z pracami zgłoszonymi na konkurs w ilości dziesięciu, postanowił przyznać I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Immunitas Vincet, połowę I i II nagrody w sumie złotych 500 godłu: Stog oraz III nagrodę w sumie złotych 300 godłu: Wawel.

Autorami nagrodzonych prac okazali się: *Dr Leontyn Dmochowski* (Państwowy Zakład Higieny), który zgłosił „Badania doświadczalne nad nowotworami przeszczepialnymi", *Dr Gottlieb, G. Sprietzen* i *M. Taschner* (Instytut badań nad rakiem w Krakowie), którzy podali „Badania doświadczalne nad działaniem ciał rakotwórczych" oraz *Eugenia Stołyhwowa* i *Włodzimierz Nielipiński* (Zakład Antropologii w Krakowie), którzy zgłosili „Badania nad współzależnością lokalizacji raka a typem rasowym".

Omyłka druku: W pracy *dra M. Grafa* w N-rze III/1, str. 39, (szpalta I, wiersz 12 od dołu) zamiast „papilloma adenomatosum" winno być *„papilloma oedematosum"*.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Cena pojedyńczego zeszytu 2 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

***Autorzy,** którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.*

Ceny ogłoszeń:

*Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% **taniej.***

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

CHIRURGIA SPORTU

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RÉCEUIL DE FAITS

LA CHIRURGIE DES ACCIDENTS DES SPORTS

ROK III. Nr. 3

MARZEC 1938 R.

Biophytol

GĄSECKI

BIOPHYTOL Capsulae et pulv. — „GĄSECKI" Reg. Nr. 1846

Kwaśna sól wapniowo-magnezowa kwasu inozyto-sześciofosforowego

BIOPHYTOL Liquidum — „GĄSECKI" Reg. Nr. 1843

Obojętna sól sodowa kwasu inozyto-sześciofosforowego



Jest preparatem fosforu organicznego, wydzielonego z nasion roślin oleistych. Zawiera około 22% fosforu organicznego. Na rynku farmaceutycznym znajduje się w 3 postaciach: 1. kapsułek żelatynowych à 0,25, 2. proszku do receptury, 3. kropel jako dogodna postać w praktyce dziecięcej.

WSKAZANIA: Wyczerpanie fizyczne i umysłowe, neurastenia, niemoc płciowa, niedokrwistość, brak łaknienia, rekonwalescencja, zołzy, krzywica, gruźlica ciąża, okres karmienia.

SPOSÓB UŻYCIA: B I O P H Y T O L zażywa się w czasie lub po jedzeniu

DOROŚLI 3 razy dziennie po 2 kapsułki lub 25—35 kr.

DZIECI: do	2	miesięcy	3 ×	dz.	po	1	kr.
od	2— 6	„	3 ×	„	„	2	„
„	6—12	„	3 ×	„	„	3	„
„	1— 2	lat	3 ×	„	„	4	„
„	2— 6	„	3 ×	„	„	5—10	„
„	6—10	„	3 ×	„	„	10—15	„
„	10—16	„	3 ×	„	„	15—25	„

lub po 1 kapsułce.

OPAKOWANIE: 1/ Capsulae — 1 pudełko zawiera 30 kaps. à 0,25
2/ Pulvis — 1 flakon „ 10 gr. proszku
3/ Liquidum — 1 „ „ 20 „ płynu

Oraz odmiany Biophytolu: Ferrobiophytol — „Gąsecki" w opakowaniu: 1 pud. zawiera 30 kaps. à 0,25. Sposób użycia: 3 × dz. po 1—2 kaps. w czasie jedzenia i Ferrobiophytol c. Arseno — „Gąsecki" — 1 pud. zawiera 30 kaps. à 0,25. Sposób użycia: 2 × dz. po 2 kaps. w 1/2 godz. po jedzeniu.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, MARZEC 1938 R. Nr. 3

Z Oddziału Urologicznego Państwowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Emil Michałowski.*

Leczenie obustronnej kamicy moczowej

podał

Dr Fryderyk Laufer.

Leczenie obustronnej kamicy moczowej stwarza szereg problemów, których rozwiązanie jest niekiedy trudne. Obecność złogów mineralnych w narządzie moczowym po obu stronach należy uważać pod względem rokowania ze stan bardzo poważny. Dlatego też słusznie uważa za *Illyesem Tzschirntsch,* że w niektórych przypadkach obustronną komicę moczową można porównać z nowotworem złośliwym.

Etiologia i częstość obustronnej kamicy moczowej.

W powstawaniu obustronnej kamicy moczowej mają odgrywać rolę następujące czynniki: zaburzenia w przemianie materii, jako skazy występujące niekiedy rodzinnie; wpływy klimatu; pożywienie *(Mc. Carrison);* woda; dieta odtłuszczająca; obfita utrata wody i zagęszczenie moczu przy nadmiernym poceniu się; uporczywe wymioty *(Kollert);* wessanie się soli wapnia po urazach kości długich i kręgosłupa *(Schmuckler-Essentuki).* Złogi cystynowe występujące często obustronnie są wynikiem zaburzeń białkowej przemiany materii *(Steinitz, Thevenot).* Poza tym jednak obok czynników ogólnych, dużą rolę w powstawaniu kamicy moczowej obustronnej przypisać należy warunkom miejscowym takim jak: 1) wady rozwojowe nerek i moczowodów: (opadnięcie nerek, przemieszczenie nerek, zwężenie moczowodów itp.) wiodące do zalegania moczu; 2) choroby zakaźne, w przebiegu których przyjść może do toksycznego uszkodzenia odprowadzających dróg moczowych, a tym samym do zalegania moczu; czynnikami związanymi z przebytą chorobą zakaźną, a mogącymi odgrywać rolę w tworzeniu się złogów mineralnych są: krwiomocz, ropomocz i bakteriomocz. Gdyby w powstawaniu kamicy moczowej decydujące znaczenie miały tylko czynniki ogólne — kamica moczowa obustronna byłaby o wiele częstsza.

Jeanbreau oblicza obustronną kamicę nerkową na 8.48% przypadków kamicy nerkowej w ogóle, a obustronną kamicę moczowodową na 3.65% ogólnej kamicy moczowodowej. Inni autorowie podają odsetki wyższe. I tak np. *Küster* i *Ravasini* — 11% *Thomas* — 12%, *Boretti* — 16%. W naszym materiale na 310 przypadków kamicy nerek i moczowodów stwierdzono obustronną kamicę moczową w 39-ciu przypadkach tj. 12.9%. *Thomas* podaje, że w kamicy obustronnej stwierdza się zwykle liczne konkrementy (66%), szczególnie zaś w przypadkach zakażonych. Płeć nie ma znaczenia, jeśli chodzi o częstość występowania.

Przechodzę obecnie do wskazań leczniczych w przypadkach obustronnej kamicy moczowej. Przypadki te podzielić można za *Rochetem* na 3 grupy, a mianowicie:

1) nadające się wyłącznie do leczenia zachowawczego, 2) wchodzące w zakres leczenia chirurgicznego i 3) przypadki, w których zabieg chirurgiczny jest przeciwwskazany.

Ad 1. W przypadkach pierwszej grupy można stwierdzić po obu stronach kamienie wielkości np. pieprzu lub grochu. Są to chorzy latami wytwarzający kamienie. W tej niewinnej pozornie postaci obustronnej kamicy przychodzi niekiedy do powikłań, które wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Do powikłań takich należy przede wszystkim bezmocz, będący wynikiem zaczopowania obu moczowodów przez drobne złogi mineralne. W naszym materiale obserwowaliśmy 10 przypadków kamicy moczowej należących do tej grupy. Drobne kamyczki dawały się stwierdzić bądź w obu nerkach, bądź w obu moczowodach; w trzech przypadkach stwierdzono zakażenie dróg moczowych; w dwóch przypadkach przyszło do bezmoczu, który dał się łatwo opanować przez cewnikowanie moczowodów. Dla przykładu podajemy przypadek następujący:

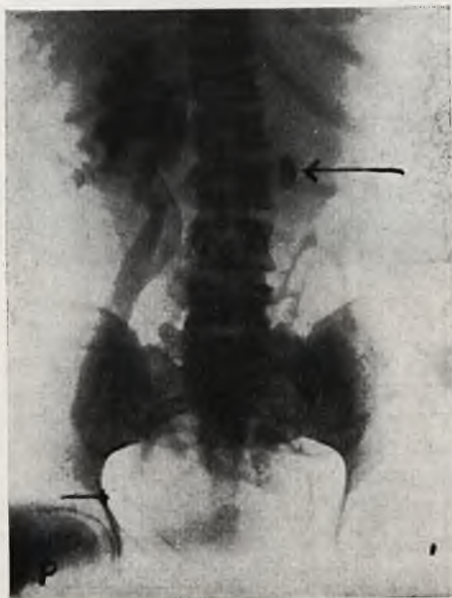
Przypadek 1. B. J. lat 36. Od 26 godzin nie oddaje moczu. Od roku bóle w obu bokach. Rtg. wykazuje w lewym moczowodzie na wysokości 5 cm od ujścia moczowodu kamień wielkości pestki cytryny; po prawej stronie kamień wielkości ziarna zboża na wysokości podstawy kości krzyżowej. Barwnik nie wydala się z obu stron przez 15 minut. Mocz: pałeczka okrężnicy; odczyn kwaśny; ślad białka; w osadzie liczne leukocyty i nieliczne czerwone ciałka krwi. Reszta azotowa w krwi 35 mg%. Do obu nerek wprowadzono cewniki moczowodowe. Z obu nerek płynie mocz o typie zastoinowym. Usunięto cewniki po 24 godzinach. Diureza 1000 cm³ na dobę. Po parokrotnym, obustronnym naprzemian cewnikowaniu moczowodów chory oddał kamyczki z obu stron.

Ad 2. Leczenie chirurgiczne obustronnej kamicy moczowej. Do drugiej grupy należą przypadki obustronnej kamicy moczowej, które wymagają leczenia chirurgicznego. Omówimy kolejno następujące zagadnienia: a) czy istnieje wskazanie do zabiegu ze względu na stan choroby albo chorego? b) czy operować jednoczasowo, czy też dwuczasowo? c) jeśli dwuczasowo, to po której stronie należy operować najpierw? d) jaki zabieg chirugiczny jest najodpowiedniejszy i e) jakie są przeciwwskazania do zabiegu w przypadkach obustronnej kamicy moczowej?

Ad a) Co do wskazań odróżniamy bezwzględne i względne. Do pierwszych należą: ostre ropne zakażenie nerek (roponercze i ropne zapalenie nerki — nephritis apostematosa) i zaczopowanie moczowodu *(Fedoroff, Frangenheim)*. Względnymi wskazaniami do zabiegu są: bóle, krwawienia, przewlekłe zakażenie, postępujące upośledzenie sprawności czynnościowej nerek; uwzględnić też należy usadowienie kamieni i ich ilość *(Gottstein, Young)*. Odnośnie do wskazań względnych różnica zdań różnych autorów jest ogromna. Są zwolennicy najdalej posuniętego konserwatyzmu właśnie ze względu na obustronność schorzenia. Tak np. *Hogge* uważa przypadki obustronnej kamicy moczowej przy złej sprawności czynnościowej nerek za „noli me tangere". Podobnego zdania są *Rosenstein* i *Leznew*. Dla innych ten właśnie moment jest decydujący we wskazaniach operacyjnych *(Bibus)*, ponieważ konieczne jest zachowanie w dobrym stanie bodaj jednej nerki. Niektórzy nawet są zdania, że każdy przypadek obustronnej kamicy moczowej wymaga leczenia chirurgicznego *(Ravasini, Nikolich, Israel)*. Z tego powodu odsetki operowanych przypadków różnią się bardzo znacznie. Uwzględnić musimy w stawianiu wskazań zasadę wypowiedzianą przez *Frangenheima*, że zabieg operacyjny nie powinien przedstawiać większego niebezpieczeństwa dla życia chorego, aniżeli obecność kamienia. W każdym razie przy

stawianiu wskazań operacyjnych w przypadkach obustronnej kamicy moczowej konieczna jest indywidualizacja, gdyż warunki operacji i stan chorego są w każdym przypadku różne. W końcu jeszcze wypada podkreślić, że wyniki operacyjne tak bezpośrednie, jak i odległe (nawroty) są w przypadkach obustronnej kamicy moczowej na ogół niedobre. O tym będzie mowa w ustępie o rokowaniu .

Ad b) Podobnie jak we wskazaniach operacyjnych, różne też są zdania na temat, czy w przypadkach obustronnej kamicy moczowej należy operować jednoczasowo tzn. obie strony równocześnie, czy też dwuczasowo. Już z końcem ubiegłego stulecia *Bardenheuer* i *Tanner* operowali jednoczasowo po obu stronach, jednak z wynikiem śmiertelnym. Istnieje cały szereg chirurgów polecających operowanie jednoczasowe *(Judin, Barbock, Lobmayer, Nikolich, Rettig, Mamikonoff, Schmidt, Kümmel, Blum, Mörl, Tenoni)*. *Hryntschak* podaje nawet, że operował jednoczasowo w 12-tu przypadkach bez wyniku śmiertelnego. Według *Mamikonoffa* korzyści operacyj jednoczasowych są następujące: 1) odciążenie obu nerek naraz, 2) usunięcie przeszkód mechanicznych, 3) poprawa sprawności czynnościowej obu nerek, 4) możliwość stwierdzenia podczas operacji zmian anatomo - patologicznych w obu nerkach. Wszyscy zwolennicy jednoczasowej operacji zgadzają się co do tego, że do takiego postępowania nadają się tylko te przypadki, gdzie do wyjęcia kamieni wystarczą niewielkie zachowawcze zabiegi jak np. nacięcie moczowodu względnie miedniczki, wyjątkowo z małym nacięciem nerki (pyelotomie élargie *Marion)*. Zabieg poważniejszy, choćby po jednej tylko stronie, nie wchodzi w rachubę przy jednoczasowej operacji. Zdaniem *Frangenheima* operacja jednoczasowa jest wskazana tylko u ludzi młodych przy łatwych warunkach operacyjnych oraz braku zakażenia moczu. *Fedoroff* jest za jednoczasową operacją w przypadkach obustronnego zaczopowania moczowodu i bezmoczu. *Mamikonoff* operuje też jednoczasowo, a jako argument przemawiający za operacją jednoczasową podaje, że przy postępowaniu dwuczasowym po pierwszym zabiegu może wystąpić zaczopowanie moczowodu po stronie przeciwnej. Nie wchodząc w dyskusję co do słuszności tego argumentu, musimy jednak zaznaczyć, że istotnie w naszym materiale zaobserwowano po nacięciu miedniczki czy moczowodu po jednej stronie, wystąpienie kolki z odejściem samoistnym kamienia po stronie przeciwnej. Być może, że mamy tu do czynienia ze wzmożoną perystaltyką odprowadzających dróg moczowych na skutek zmian humoralnych pooperacyjnych. Jako przykład służą 3 poniżej przedstawione przypadki:

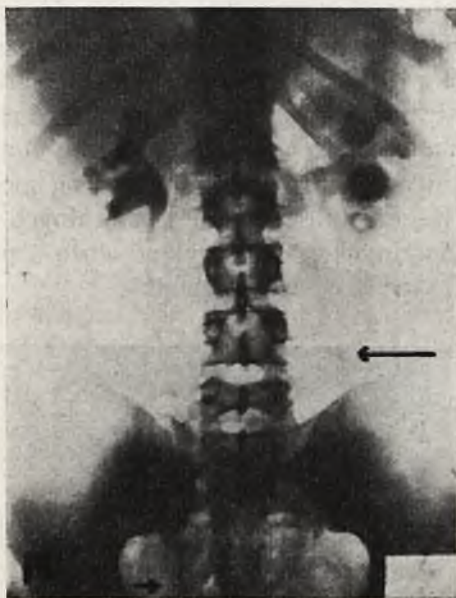


Rys. 1.

Przyadek 2. Pyelogram dożylny kobiety lat 26 (rys. 1). Widoczne 2 płody. Kamień w lewej mied-

niczce nerkowej. Kamień w prawym moczowodzie na 5 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). Silnie rozszerzona prawa miedniczka nerkowa. Moczowód prawy grubości palca. Po stronie lewej uroselektan nie wydzielił się. Brak zakażenia. Poród przedwczesny, oba płody żywe. W trzy miesiące po porodzie nacięcie miedniczki po stronie lewej i wyjęcie kamienia. W 12 dni po operacji odejście samoistne kamienia po stronie prawej wśród silnej kolki nerkowej.

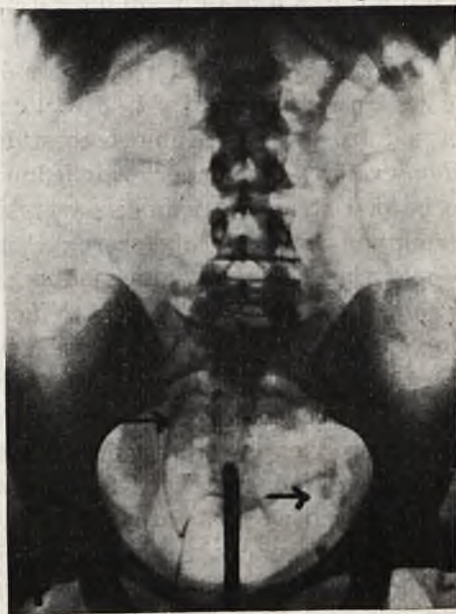
Przypadek 3. L. O. mężczyzna lat 27. Pyelogram dożylny (rys. 2); po lewej stronie kamień w moczowodzie na wysokości szpary pomiędzy L 4 i L 5. Kamień wielkości pestki daktyla. Silnie rozszerzona lewa miedniczka nerkowa oraz kielichy. Po stronie prawej kamień w moczowodzie,



Rys. 2.

wielkości ziarna kawy na wysokości 4 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). Barwnik po obu stronach przez 10 minut obserwacji nie wydala się. Nacięcie moczowodu po stronie lewej, przebieg gładki. Po 18 dniach chory wśród kolki prawostronnej oddał samoistnie kamień.

Przypadek 4. H. H. kobieta, lat 26. Od pół roku bóle w obu bokach z gorączkami do 39°. Przed pół rokiem poród. Rtg. (rys. 3) wykazuje po stronie lewej na wysokości 5 cm od ujścia moczowodu kamień wielkości dużego grochu. Drugi cień po stronie lewej leży poza obrębem narządu moczowego (identyfikacja). W lewej nerce dwa cienie kamieni wielkości pieprzu. Po stronie prawej w moczowodzie kamień na wysokości 15 cm, wielkości pestki wiśni. Mocz: ślad białka, w osadzie niezbyt liczne leukocyty. Barwnik z obu nerek przez 10 minut obserwacji nie wydala się. Uroselektan przez 50 minut z obu nerek nie wydala się. Reszta azotowa we krwi 32 mg%. Chora wyniszczona, język suchy. Tętno 110 na minutę. Diureza 800 cm³ na dobę; o sprawności czynnościowej nerek nic pewnego powiedzieć nie można. Po stronie lewej bóle od tygodnia. Operacja po stronie prawej wydaje się łatwiejsza. Przypuszczamy, że nie ma różnicy w sprawności czynnościowej obu nerek. Z nadzieją na samoistne odejście kamienia z lewego moczowodu nacięto w znieczuleniu miejscowym moczowód po stronie większego i wyżej stojącego kamienia. W trzy tygodnie po nacięciu mo-



Rys. 3.

czowodu po stronie prawej chora wśród kolki lewostronnej oddała kamień samoistnie.

Za bezwzględne wskazanie do operacji jednoczasowej uchodzi wedle *Fedoroffa* i *Bibusa* bezmocz, przy którym nie zawsze można na podstawie badania klinicznego stwierdzić, która nerka jest zupełnie zniszczona, a która jest lepsza. W takich przypadkach urografia dożylna jest zdaniem wielu autorów przeciwwskazana. Nie ulega wątpliwości, że zapatrywanie to wydaje się zupełnie uzasadnione przy mocznicy, będą-

cej następstwem bezmoczu wydzielniczego. Natomiast w przypadkach świeżego bezmoczu przy zaczopowaniu moczowodów, gdzie cewnikiem nie można pokonać przeszkody, może urografia dożylna dać niezmiernie ważne wskazówki rozpoznawcze. Liczyć się należy jednak zawsze z tym, że jednoczasowa operacja stanowi duży wstrząs, na który w większości przypadków nie możemy chorego narażać. Z tego powodu większość autorów jest dziś za dwuczasową operacją (*Wagner, Sanders, Watson, Eisendradt, Legueu, Israel, Fedoroff, André, Novali, Rosenstein, Tschirntsch*). Wedle ogólnie panującego poglądu operacja dwuczasowa jest metodą z wyboru w przypadkach obustronnej kamicy moczowej. Za najkrótszy odstęp czasu pomiędzy zabiegami uważa *W. Mayo* 10 — 14 dni; *Fedoroff* radzi przesunąć o ile możliwe drugi zabieg na 2 — 4 miesięcy.

Ad c) Bardzo szeroko dyskutuje się na temat, którą stronę należy najpierw operować. Za główne kryterium uchodzi stopień czynnościowego uszkodzenia aparatu moczowego. Nawiasem warto wspomnieć, że rozstrzygnięcie, która strona jest pod tym względem lepsza, a która gorsza, nie zawsze jest rzeczą łatwą (patrz przyp. 4). Uważamy, że trzymanie się szablonu przy operacji w każdym przypadku, tzn. naprzód operować stronę lepszą lub przeciwnie, jest niesłuszne. Do niedawna ogólnie panowało zdanie, że operować należy najpierw stronę lepszą. Tego zdania są: *Frangenheim, Salleras, Lilienfeld, Cifuentes, Bachrach, Parker, Jud, Geragthy, André, Gottstein, Fedoroff, Israel, Voelker, Jackson, Sauerbuch, Fuld, Stevens, Legueu, Nikolich, Lory, Albarran.* Argumentem głównym, przytaczanym przez wymienionych autorów jest to, że należy dążyć do restytucji przynajmniej jednej nerki, aby w razie potrzeby przy drugim zabiegu móc po stronie przeciwnej wykonać zabieg doszczętny. W wyborze może być rozstrzygające umiejscowienie kamienia: kamień zaczopowujący moczowód musi być przede wszystkim usunięty (*Fedoroff*). Przy bezmoczu należy operować naprzód stronę ostatnio zamkniętą tj. przypuszczalnie lepszą; w bezmoczu, który już doprowadził do mocznicy, wskazane jest założenie przetoki nerkowej bez wyjmowania kamieni. Ostre zakażenie zmusza zawsze do operowania przede wszystkim po stronie zakażonej (*Legueu, Marion*).

Wielu autorów uważa przeciwnie, że operować należy przede wszystkim stronę gorszą (*Marion, Rafin, Gottstein, Rosenstein, Beer, Stevens, Kraas, Bibus* i in.). Przy równej sprawności obu stron mogą bóle, względnie krwawienia rozstrzygnąć o wyborze strony.

W przypadkach równoczesnej kamicy nerkowej i pęcherzowej radzi *Frangenheim* najpierw usunąć kamień z pęcherza. Jeśli mamy po jednej stronie kamień w moczowodzie i w nerce — należy przede wszystkim wykonać nacięcie moczowodu. Zasady tej nie trzymaliśmy się w jednym z naszych przypadków dotyczącym wprawdzie kamicy tylko jednostronnej; po stronie przeciwnej stwierdzono jednak zapalenie nerki i miedniczki nerkowej. Przypadek ten, podany poniżej, zobrazowuje jednak dosadnie, jak we wskazaniach należy indywidualizować:

Przypadek 5. Kobieta lat 31. Przed 6 miesiącami operowana z powodu ropniaka jamy opłucnej po stronie lewej. Od 8 miesięcy leczona na lewostronną kamicę nerkową płukaniem miedniczki nerkowej po stronie lewej. Ostatnio gorączki do 39°. Rtg. wykazuje w lewej miedniczce nerkowej jeden kamień wielkości orzecha laskowego, drugi zaś po tej stronie w dolnym kielichu. Barwnik z lewej strony przez 10 minut obserwacji nie wydala się; z prawej — w siódmej minucie. Mocz z lewego moczowodu ropny, w osadzie bardzo liczne leukocyty. Chora na proponowany zabieg chwilowo się nie godzi. Zgłasza się na Oddział w 4 miesiące później. Od dwóch tygodni gorączki do 40° z dreszczami, wymioty, o-

gólne osłabienie. Rtg. (rys. 4): jeden kamień w lewej miedniczce nerkowej, drugi w lewym moczowodzie na 2 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). W pęcherzu obraz nieżytu. Z ujścia prawego wydala się mocz na oko mętny, z ujścia lewego wydalania moczu nie stwierdza się. Barwnika po stronie lewej brak przez 10 minut: po stronie prawej wydala się w 8-mej minucie mało intensywnie. W moczu z pęcherza: białko obecne około 5 °/₀₀, w osadzie liczne leukocyty, nieliczne czerwone ciałka krwi, wałeczki drobnoziarniste i szkliste oraz nabłonki średnie okrągłe. Na posiewach b. proteus vulgaris. Ciepłota 38°. Reszta azotowa 37 mg% we krwi. Przy wyborze metody operacji uwzględniliśmy ostre ropne zakażenie po obu stronach i konieczność stworzenia dobrych warunków odpływu przy upośledzeniu sprawności czynnościowej nerki po stronie przeciwnej. *Zabieg:* w znieczuleniu miejscowym 1% novocainą nacięcie miedniczki i nerki, wyjęcie kamienia i założenie przetoki nerkowej. Po zabiegu ciepłota spadła do normy, diureza 1 litr na dobę. Mocz się oczyścił. W dziesiątym dniu po zabiegu chora wśród kolki lewostronnej oddała samoistnie kamień z lewego moczowodu. Po dwóch tygodniach zamknięto przetokę nerkową. Mocz całkowicie odchodzi cewką. Po trzech tygodniach chora wyleczona opuszcza Oddział.



Rys. 4.

Ad d) J a k i z a b i e g c h i r u r g i c z n y j e s t n a j o d p o w i e d n i e j s z y? W leczeniu chirurgicznym obustronnej kamicy moczowej obowiązuje jaknajdalej posunięty konserwatyzm. Wspomnieliśmy wyżej o zasadzie *Fragenheima*, że zabieg operacyjny nie może być dla ustroju groźniejszy, aniżeli obecność kamieni w nim. Najczęstszą operacją w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej winno być nacięcie miedniczki i nacięcie nerki (nephro- i pyelolithotomia). Bardzo celowe wydaje się równoczesne założenie przetoki nerkowej, poprawia ona bowiem sprawność czynnościową nerek o 50% *(Cabot)*, to też w klinice *Mayo* w 17.7% zabiegów w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej założono przetokę nerkową. Ani wielkość kamieni, ani ich liczba czy kształt nie uzasadniają w przypadkach obustronnej kamicy moczowej usunięcia nerki. Zabieg ten może być zastosowany jedynie w przypadkach roponercza i ropnego zapalenia nerki (nephritis purulenta — surgical kidney). Przed zabiegiem należy obie strony przygotować odpowiednio przez płukanie miedniczek i pozostawienie cewnika moczowodowego na stałe. Nawet w tych przypadkach, które nieraz są uznane jako nienadające się do zabiegu, można w ten sposób osiągnąć znaczną poprawę sprawności czynnościowej nerek, pozwalającą na zabieg operacyjny *(André)*. Jeśli chodzi o zabiegi na moczowodach, to w grę wchodzi jedynie nacięcie moczowodu pozaotrzewnowe; w niektórych przypadkach obustronnej kamicy moczowodowej przypęcherzowej można operować, jak wyżej wspomniano, jednoczasowo, odsłaniając oba moczowody z cięcia w linii środkowej *(Key)*, ewentualnie po ekstraperitonizacji pęcherza moczowego.

Przechodzę obecnie do omówienia włas-

nego materiału klinicznego, w szczególności 25 przypadków, które nadawały się do leczenia chirurgicznego. Podzieliliśmy je w zależności od umiejscowienia kamienia w następujący sposób: 1) z jednej strony kamień w nerce, z drugiej w moczowodzie; 2) obustronne kamienie moczowodowe; 3) obustronna kamica nerkowa; 4) kamienie w obu nerkach i jednym moczowodzie; 5) kamienie w obu moczowodach i jednej nerce; 6) kamienie w obu nerkach i pęcherzu.

Na 11 przypadków pierwszej grupy (po jednej stronie kamień w nerce, po drugiej w moczowodzie) operowano tylko 8; trzech chorych nie zgodziło się na zabieg operacyjny. W 8-miu przypadkach operowanych wykonano 2 razy nacięcie moczowodu, 3 razy usunięcie nerki po stronie kamienia moczowodowego (roponercze, ropne zapalenie nerki, gruźlica nerki) oraz 2 razy nacięcie miedniczki jako drugi akt zabiegu dwuczasowego. Dwa przypadki operowane skończyły się zejściem śmiertelnym: jeden z powodu zakażenia, drugi z powodu niedomogi nerek. Dla przykładu podaję przypadek obustronnej kamicy (kamień w moczowodzie i nerce) operowany obustronnie, dwuczasowo:

Przypadek 6. F. S. kobieta, lat 23, od paru miesięcy bóle w obu bokach. Od trzech dni silne bóle w boku prawym z gorączką do 40°. Rtg. (rys. 5) wykazuje kamień na przejściu prawej miedniczki w moczowód, owalny, wielkości orzecha włoskiego; długą osią jakby chciał wejść do moczowodu. Po stronie lewej kamień w miedniczce poprzecznie ustawiony, wrastający do kielichów. Wydalania barwnika z obu nerek przez 10 minut nie stwierdza się. Uroselektan po stronie prawej nie wydala się zupełnie. Po lewej stronie niewyraźny obraz rozszerzenia miedniczki nerkowej. Mocz: ropny, białko obecne, w osadzie liczne leukocyty, liczne czerwone ciałka krwi i nabłonki średnio okrągłe. Ciepłota 40°, tętno 120. Wymioty, język suchy. Z lewej strony wydala się mocz mętny, z prawej miedniczki nerkowej, mimo wprowadzenia cewnika moczowodowego na 35 cm, wydalania moczu brak. Rozpoznanie: kamień w prawym moczowodzie, ropne zapalenie miedniczki nerkowej i nerki po stronie prawej, kamica nerkowa lewostronna. *Zabieg:* usunięcie prawej nerki z kamieniem. Rozpoznanie drobnowidowe: nephritis purulenta (Zakład An. Pat. U. J., *prof. dr Stan. Ciechanowski).* Po zabiegu stan chorej poprawił się zupełnie, ciepłota spadła do normy. Diureza do litra na dobę. Rana wygojona. Po miesiącu bóle w lewym boku i ciepłota do 39°. Po 5-ciu tygodniach od czasu pierwszej operacji nacięcie miedniczki po stronie lewej i usunięcie kamienia. Założono przetokę nerkową na dwa tygodnie. Ciepłota spadła do normy, przetokę zamknięto. Rana wygojona zupełnie. Chora oddaje mocz całkowicie przez cewkę. Opuszcza Oddział z nieznacznie mętnym moczem.



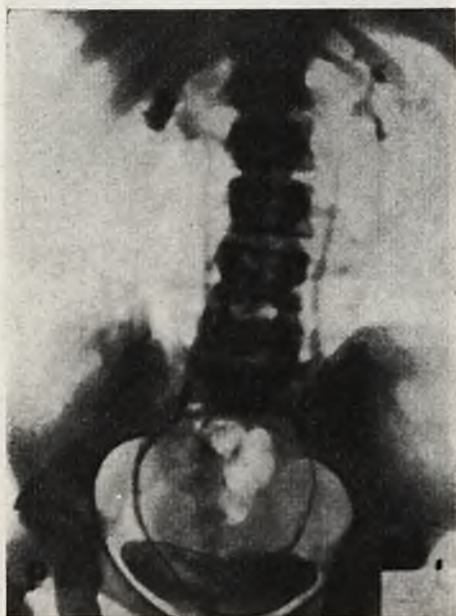
Rys. 5.

Przypadków obustronnej kamicy moczowodowej obserwowano trzy; wykonano trzykrotnie nacięcie moczowodów (przyp. 3. i 4.); w jednym przypadku zejście śmiertelne po nacięciu moczowodu z powodu długotrwałego zakażenia (martwica moczowodu).

Na 4 przypadki obustronnej kamicy nerkowej 3 były leczone chirurgicznie, czwar-

ty chory nie zgodził się na zabieg. Wykonano dwukrotnie nacięcie miedniczki, dwukrotnie nacięcie nerki z następowym sączkowaniem nerki (nephrostomia); jeden tylko chory był operowany obustronnie dwuczasowo. Poniżej podaję przypadek obustronnej kamicy nerkowej, który skończył się zejściem śmiertelnym:

Przypadek 7. G. M. kobieta lat 33. Od roku oddaje z moczem kamyczki z kwasu moczowego. Obecnie bóle na przemian w obu bokach. Ciepłota 37.6°. Rtg. (rys. 6) wykazuje po stronie prawej



Rys. 6.

ubytek w wypełnieniu w dolnej połowie miedniczki, pochodzący od dwóch kamieni słabo widocznych na zdjęciu orientacyjnym narządu moczowego. Po stronie lewej miedniczka oraz kielichy wykazują stosunki prawidłowe; kamienie po stronie lewej niewidoczne. Indygotropina: po prawej stronie w 8-mej minucie w śladzie, po stronie lewej przez 10 minut brak. Uroselektan po prawej stronie wykazuje ubytek w cieniu miedniczki (podobnie jak pyelogram wstępujący), po stronie lewej stosunki prawidłowe. Mocz: kwaśny, białka ślad; w osadzie niezbyt liczne leukocyty i czerwone ciałka krwi; w posiewach b. coli. Rozpoznanie: kamienie w prawej miedniczce nerkowej, kamica nerkowa po stronie lewej (?) Proponowano chorej usunięcie kamienia z prawej miedniczki nerkowej. Chora na zabieg nie zgodziła się; w cztery tygodnie po tym zgłasza się na Oddział. Od 4 dni silne bóle w boku prawym; gorączka do 40° z dreszczami; krwiomocz; wymioty; silne osłabienie. Rtg. wykazuje obraz jak na rys. 6. Po stronie lewej kamienie niewidoczne. Z prawej nerki płynie mocz ropny ze strzępami. W prawym podżebrzu guz odpowiadający powiększonej prawej nerce. Tętno 126, ledwo wyczuwalne. Rozpoznanie: pyelonephritis apostematosa dextra propter calcul. renis dextri; in extremis. Nephrolithiasis sinistra? *Zabieg:* w znieczuleniu miejscowym 1% nowokainą obłuszczenie nerki prawej, nacięcie nerki podłużne, wyjęcie kamieni z miedniczki nerkowej (jeden wielkości pestki daktyla, drugi dużego grochu). Założono przetokę nerkową. Kroplówka z 3% glukozy. Środki nasercowe. Po zabiegu przez 12 godzin chora oddala 200 cm moczu. Zejście śmiertelne w 18 godzin po zabiegu wśród objawów niedomogi naczyniowo-sercowej. Badanie pośmiertne: (Zakł. An. Pat. U. J. *prof. dr St. Ciechanowski)* — narząd moczowy: po prawej stronie ropne zapalenie nerki i miedniczki nerkowej, po stronie lewej 5 kamyczków z kwasu moczowego wielkości od ziarna pieprzu do dużego grochu w miedniczce nerkowej oraz kielichach nerki lewej. Lewa miedniczka rozszerzona.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z następujących względów: 1) obecność małych kamieni wywołała w przypadku obustronnej kamicy moczowej w krótkim czasie groźne zakażenie w nerce, które przebiegało b. szybko, bo w ciągu 4 dni; 2) w przypadkach kamieni z kwasu moczowego po jednej stronie należy podejrzewać obecność konkrementów w drugiej nerce; kamienie z kwasu moczowego b. często nie dają cienia na kliszy; 3) chora w porę operowana byłaby prawdopodobnie uniknęła ostrego zakażenia i zejścia śmiertelnego; 4) kamienie zaczopowujące moczowód przy jego ujściu z miedniczki wywołują dość często ostro przebiegające zakażenie, podobnie jak w przypadku 6.

Do grupy 4-tej zaliczamy z naszego materiału 7 przypadków. W jednym (r. 1933) przy obustronnej kamicy nerek z kamieniem zaczopowującym moczowód w stanie mocznicowym wykonano nacięcie moczowodu z wyjęciem kamienia; wynik śmier-

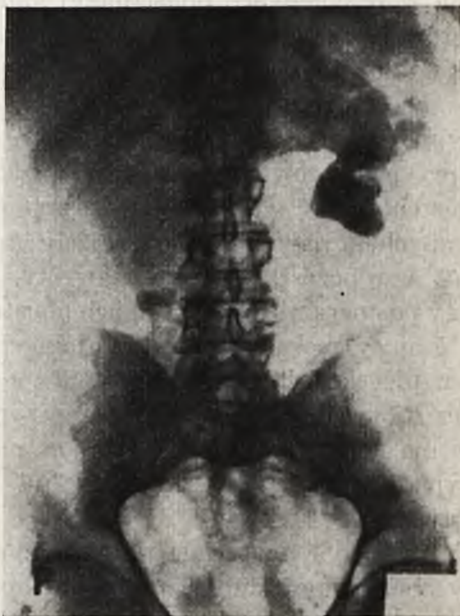
telny. W drugim (obustronne kamienie nerkowe, kamień w pęcherzu wielkości jaja kurzego) usunięto kamień z pęcherza z cięcia nadłonowego; na dalsze zabiegi chory nie zgodził się. W przypadku 3-cim, analogicznym do 2-go, skruszono w pęcherzu kamień wielkości śliwki; na dalsze zabiegi chory się nie zgodził. Podobnie w czterech pozostałych przypadkach chorzy nie zgodzili się na proponowany zabieg operacyjny.

Ad 3) A teraz kilka słów o obustronnej kamicy moczowej n i e n a d a j ą c e j s i ę j u ż d o z a b i e g u o p e r a c y j n e g o. W związku z tym omawiamy również przeciwwskazania operacyjne. Największy odsetek przypadków nie nadających się do zabiegu stanowią kamienie koralowe, tworzące odlewy miedniczek nerkowych i kielichów; dalej kamienie fosforanowe, obustronnie zakażone, mające skłonność do nawrotów: należą tu także kamienie cystynowe. Kamienie koralowe mogą przez długi czas nie dawać żadnych dolegliwości *(Schuessler)*. Na ogół panuje zdanie, że kamieni koralowych obustronnych nie należy operować nie tylko przy złej, ale nawet i przy dobrej sprawności czynnościowej nerek *(Mark, Young, Hagner, Gottstein)*. Bezwzględnym wskazaniem do operacji w przypadkach obustronnych kamieni koralowych nerek są: roponercze, bezmocz lub ropień okołonerkowy *(Winsbury-White)*. Najwłaściwszym zabiegiem jest wówczas założenie przetoki nerkowej. Znane są jednak przypadki, w których operowano kamienie koralowe obustronne dwuczasowo z dobrym wynikiem (nacięcie miedniczki i nacięcie nerki) *(Swan)*. Poniżej przytaczam 3 przypadki obustronnej kamicy moczowej nie nadającej się do zabiegu operacyjnego:

Przypadek 8. Obustronna kamica koralowa. U. S., kobieta, lat 36. Przed czterema laty usunięto na prowincji kamień z nerki prawej. Rtg. wykazuje odlewy koralowe obu nerek. Z obu nerek mocz ropny. Reszta azotowa we krwi 92 mg%. Próba wodna od 1005 do 1008. Mocznica, zakażenie moczowe. Zabiegu nie proponowano.

Przypadek 9. K. B., kobieta, lat 29. Rtg. wykazuje w prawej miedniczce nerkowej kamień wielkości migdała, w lewej zaś wielkości grochu. Przez 25 minut brak barwnika z obu nerek. W moczu obecne prątki Kocha. Rozpoznanie: obustronna gruźlica nerek i pęcherza moczowego, gruźlica kręgosłupa; obustronna kamica nerkowa. Zabiegu nie proponowano.

Przypadek 10. S. A., mężczyzna, lat 70. Od 30-tu lat choruje na nerki, przy czym oddaje z moczem kamienie. Obecnie bóle w obu bokach na przemian. Gorączka 39°, dreszcze. Rtg. (rys. 7): po



Rys. 7.

prawej stronie kamień w moczowodzie na wysokości 18 cm, lewa miedniczka nerkowa wypełniona kamieniem odlewowym, poniżej niej pole 4 × 5 cm wypełnione złogami drobnych kamieni. Barwnik z prawej strony przez 10 minut nie wydala się, po stronie lewej w piątej minucie w śladzie, przez 10 minut słabo intensywny. Uroselektan po stronie prawej nie wydala się. Po stronie lewej rozszerzenie miedniczki znacznego stopnia. Mocz: białko obecne, odczyn zasadowy; w osadzie bardzo liczne leukocyty i czerwone ciałka krwi. W obrazie wziernikowym z prawej strony gęsty strumień ropy. Reszta azotowa we krwi 37 mg%. Próba wodna od 1007 do 1010. Neurologicznie obu-

stronne porażenie nerwu twarzowego (na tle toksycznym?). Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Tętno 120, słabo wyczuwalne. Rozpoznanie: kamień odlewowy lewej nerki; lewostronne wodonercze początkujące; kamień w prawym moczowodzie; roponercze prawostronne. Choremu zabiegu nie proponowano.

Jak wynika z zestawionych powyżej faktów rokowanie w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej jest bardzo poważne. Wyniki bezpośrednie i odległe po zabiegach są złe. Przy równoczesnej mocznicy z kamicą moczową obustronną — zabieg operacyjny kończy się z reguły zejściem śmiertelnym. Śmiertelność pooperacyjna w przypadkach obustronnej kamicy moczowej waha się wedle różnych statystyk od 20% do 50%. Tak np. *Köstner* podaje na 20 przyp. operowanych w 10 przyp. wynik niepomyślny; *Brongers* na 36 przyp. operowanych 75 razy ma 20% śmiertelności; *Fedoroff* na 33 przyp. operowanych 55 razy ma w 50% zejście śmiertelne, a w pozostałych 50% nawroty. Nawroty po operacji w przypadkach obustronnej kamicy moczowej mogą pojawiać się już w pierwszych 4 tygodniach *(Stern* cyt. przez *Bibusa)*. *Tzschirntsch* na 9 przypadków ma w 100% nawroty; *Thomas* na 17 przypadków operowanych ma w 70% nawroty.

We własnym materiale na 25 przypadków obustronnej kamicy moczowej operowano 16 przypadków; z tego 4 przypadki dwuczasowo. Na 12 przypadków operowanych jednoczasowo — w 4 wystąpiło zejście śmiertelne tj. w 30%. Na 4 przypadki operowane dwuczasowo jeden skończył się zejściem śmiertelnym po drugim zabiegu. Liczby nawrotów we własnym materiale nie możemy określić ze względu na krótki okres czasu po operacji.

Wnioski.

1. Przypadki obustronnej kamicy moczowej możemy ze względu na wskazania lecznicze podzielić na 3 grupy a) nadające się tylko do leczenia zachowawczego, b) nadające się do leczenia chirurgicznego, c) przypadki obustronnej kamicy moczowej, w których zabieg operacyjny jest przeciwwskazany.
2. We wskazaniach leczniczych obustronnej kamicy moczowej nie można trzymać się ściśle utartych schematów.
3. Bezwzględnym wskazaniem do zabiegu operacyjnego w przypadkach obustronnej kamicy moczowej jest bezmocz i ostre zakażenie (nephritis apostematosa — surgical kidney).
4. W przypadkach przewlekłych, nadających się do leczenia chirurgicznego najwłaściwszym postępowaniem jest dwuczasowy obustronny zabieg operacyjny.
5. Jeśli chodzi o wybór zabiegu operacyjnego, to obowiązuje jaknajdalej posunięty konserwatyzm.

PIŚMIENNICTWO.

André: Ref.Z. f. urol. Chir. t. 7, str. 86; t. 13. str. 356; t. 34. str. 332, *Bibus:* Ztschr. f. urol. Chir. t. 43, str. 293. *Cifuentes:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 14. str. 209; t. 42, str. 182; Z. f. Urol. t. 30, str. 206, *Boretti:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28, str. 398, *Eisendraht:* Ref. Z. f. Urol. Chir. t. 40, str. 403, *Frangenheim:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28, str. 242, *Fedoroff:* cyt. przez *Mamikonoffa, Gottstein:* Berichte über die ges. Urol. r. 1921, str. 475; Handbuch der Urologie: Lichtenberg etc. t. 4. str. 471, *Hogge:* Z. f. urol. Chir. t. 19. str. 111. *Ismir Feyzy:* Ref. Z. f. Urol. t. 25. str. 789; *Israel:* Ref. Z. f. Urol. Chir. t. 11. str. 352, *Lilienfeld:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 37. str. 48. *Legueu:* Encyclop. Franc. d'urolog. t. 3. str. 662, *Mörl:* Ref. Z. f. Urol. t. 27, str. 69. *Marion:* Traité d'Urologie, t. 1. str. 405, *Mark:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 41. s. 215. *Marinescu:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 27. str. 209. *Minder:* Z f. urol. Chir. t. 21. str. 100. *Nikolich:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 17.

str. 114. *Nadeau:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 40. str. 318, *Papin:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 19. str. 259. *Rochet:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 17. str. 260. *Rossi.* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 11. str. 223. *Reuter:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 27 str. 209. *Ravasini:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28. str. 243 *Rettig:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 25, 78. *Rosenstein:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 25. str. 552. *Mamikonoff:* Z. f. urol. Chir. t. 33. str. 507. *Janke:* Z. f. Urol. t. 21. str. 838. *Schüssler:* Deutsche Ztsch. f. Chir. t. 1 — 5, 228. str. 307 — 311. *Steinitz:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 35, str. 82. *Thevenot:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 12, str. 103. *Turner:* Ref. Z. f. urol. Chir. str. 95. t. 15. *Tzschirntsch:* Z. f. Urol. t. 31. str. 200. *Thomas:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 20. str. 143. *Tenoni:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28. str. 244. *Turineau:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 40. str. 100. *Winsbury-White:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 39. str. 96.

RESUMÉ.

Sur le traitement de la lithiase urinaire bilaterale

par

Dr F. Laufer (Kraków).

Les cases de la lithiase urinaire bilaterale peuvent être divisés en trois groupes: 1) les cases qui doivent être tráité conservativement, 2) la groupe dans laquelle le traitement chirurgical est indiqué, 3) les cases dans lesquelles il éxiste une contre-indication pour l'opération. Chaque cas de la lithiase urinaire bilaterale pose un problem, qui doit être résolu individuellement en ténant compte des conditions speciales. L'anurie et l'infection demandent une intervention immédiate. Dans les cases chroniques l'opération en deux temps doit être consideré comme methode du choix. Les opérations conservatrices sont seule indiqués. Auteur donne un resumé sur son materiel personel du service d'urologie d'hôpital St. Lazare à Cracovie (Chef du service: *Dr E. Michałowski).*

Z I Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
Dyrektor: *Prof. Dr Zygmunt Radliński.*

O rzadszych umiejscowieniach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej

podał

Dr Stanisław Szenicer.

Rozwój ostrej nieswoistej sprawy zapalnej, wywołanej przez wtargnięcie drobnoustrojów ropotwórczych z zewnątrz poprzez uszkodzoną skórę, podlega na kończynie dolnej tym samym prawom ogólnopatologicznym, co w jakimkolwiek innym miejscu powłok. Tak więc sprawa może się ograniczyć do mniej lub więcej wyraźnego odczynu miejscowego aż do zropienia włącznie, może się również szerzyć per continuitatem na tkanki sąsiednie lub drogą naczyń chłonnych na gruczoły chłonne, może przejść na układ żylny, może się wreszcie ujawnić w układzie chłonnym po faktycznym lub pozornym zagojeniu ogniska pierwotnego. Stan zapalny

w układzie chłonnym może osiągnąć tu — jak i gdzie indziej — różne stopnie nasilenia: od zwykłego odczynu zapalnego (lymphangoitis et lymphadenitis simplex) aż do zropienia (lymphangoitis et lymphadenitis abscedens) i rozszerzenia się sprawy ropnej z gruczołu chłonnego na tkanki otaczające (adenophlegmone).

Zachowując się zgodnie z ogólnymi prawami, zakażenia ropne kończyny dolnej mają jednak swoje odrębne piętno, zależne od stosunków anatomicznych i topograficznych układu chłonnego tej kończyny.

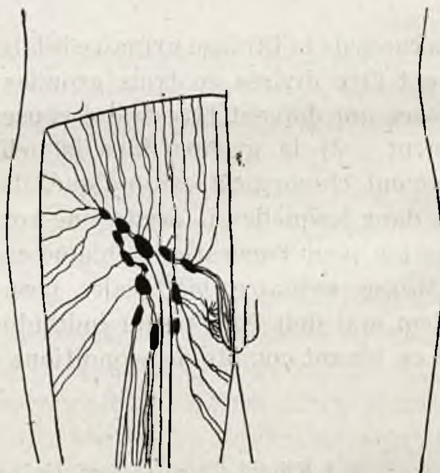
A n a t o m i a.

Istnieją na kończynie dolnej d w a u k ł a d y c h ł o n n e, posiadające — podobnie jak układy żylne — pewną wzajemną niezależność: jeden, który odprowadza chłonkę w kierunku gruczołów podkolanowych, drugi — którym płynie ona wprost ku gruczołom udowym i pachwinowym.

P i e r w s z y z t y c h u k ł a d ó w zbiera chłonkę ze skóry zewnętrznego brzegu stopy, kostki zewnętrznej i środkowego pasa tylnej powierzchni łydki wzdłuż żyły odstrzałkowej, z głębszych zaś części — z wewnętrznego odcinka stawu skokowego *(Rouvière)*, z drobnych stawów kości stępu oraz ze stawu kolanowego. Ta grupa naczyń chłonnych biegnie wzdłuż żyły odstrzałkowej i wpada do *gruczołów podkolanowych*, których liczba waha się od 3 do 6. Wszystkie one leżą pod powięzią; jeden z nich, niestały, leży najgłębiej — ku przodowi od tętnicy podkolanowej, 3 — 4 układają się po bokach naczyń podkolanowych, jeden wreszcie, również niestały, leży najbardziej powierzchownie i nosi nazwę gruczołu żyły odstrzałkowej. Poszczególne te gruczoły łączą się z sobą za pośrednictwem naczyń chłonnych łączących, od najwyżej zaś położonych gruczołów odchodzą 3 — 4 pnie, które, biegnąc wraz z naczyniami krwionośnymi udowymi do trójkąta Scarpy, odprowadzają chłonkę w górę.

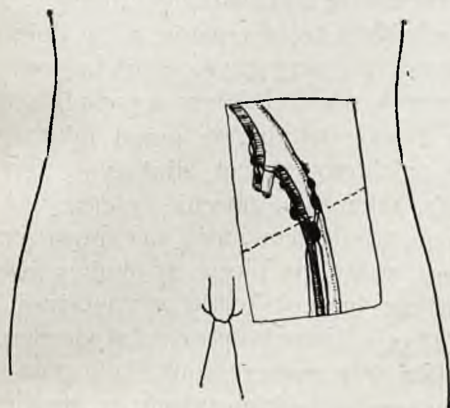
Opisaną drogę przebiega tylko ta część chłonki, która trafia do naczyń chłonnych położonych nieco głębiej, w tkance tłuszczowej podskórnej. Istnieje poza tym najbardziej powierzchowna sieć naczyń chłonnych skórnych, poprzez które chłonka ze skóry całej stopy i podudzia zdąża do drugiego układu.

T e n d r u g i u k ł a d zbiera chłonkę z całej kończyny dolnej z wyjątkiem tych terenów, z których biegnie ona do gruczołów dołu podkolanowego. Układ ten jest więc rozleglejszy i bogatszy od pierwszego; sieć jego naczyń przechodzi na udzie w kilkanaście przewodów chłonnych, które wpadają do *gruczołów pachwinowych powierzchownych*. Gruczoły te (rys. 1) można podzielić na 2 grupy: 1) *gruczoły udowe powierzchowne właściwe*, stanowiące p i e r w s z y e t a p gruczołowy dla chłonki całej prawie kończyny; grupa ta składa się z szeregu owalnych gruczołów, układających się w krótki łańcuch pionowy, przy czym ich długie osie ustawione są w osi uda; 2) *gruczoły pachwinowe powierzchowne właściwe*, będące d r u g i m e t a p e m dla chłon-



Rys. 1. Schemat gruczołów chłonnych udowych i pachwinowych powierzchownych (pierwszego i drugiego etapu).

ki kończyny a zarazem stacją przepływową dla chłonki okolicy odbytu, krocza, zewnętrznych narządów płciowych, dolnobocznej powierzchni pośladka oraz podbrzusza, układają się wzdłuż więzadła Pouparta, długimi swymi osiami skierowane równolegle do niego. Dalszą drogę odbywa chłonka częściowo poprzez *gruczoły pachwinowe głębokie*. Leżą one pod powięzią szeroką, na wewnątrz od żyły udowej. Ilość ich jest zmienna, najczęściej istnieje tylko jeden gruczoł, zwany *gruczołem Cloqueta, Rosenmüllera* lub *Pirogowa*, położony najwyżej, w górnym odcinku kanału udowego, między żyłą udową a więzadłem Gimbernata; górny jego biegun wystaje ponad septum femorale (fascia transversalis) lub odpycha je ku jamie brzucha. Od tego gruczołu podążają naczynia chłonne do jednego z gruczołów biodrowych zewnętrznych. Ale drogę poprzez gruczoły pachwinowe głębokie, względnie przez gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, odbywa — zdaniem *Rouvière'a* — tylko mniejsza część chłonki, większa natomiast odpływa bezpośrednio z gruczołów pachwinowych powierzchownych do *gruczołów biodrowych zewnętrznych (lymphoglandulae iliacae externae)*, stanowiących t r z e c i e t a p dla chłonki kończyny dolnej (rys. 2). Naczynia chłonne, łączące drugi etap z trzecim, przebiegają częściowo przez kanał udowy, względnie przez rozstęp naczyń (lacuna vasorum), przeważnie zaś *(Rouvière)* biegną szczelinami rozstępu mięśni (lacuna musculorum). Tą lub inną drogą dochodzi w końcu chłonka do gruczołów biodrowych zewnętrznych, położonych już w miednicy, wzdłuż naczyń biodrowych zewnętrznych.



Rys. 2. Schemat gruczołów chłonnych biodrowych zewnętrznych (trzeciego etapu).

Rozróżnia się tu trzy grupy: 1) g r u p ę z e w n ę t r z n ą, położoną na zewnętrznym brzegu tętnicy biodrowej zewnętrznej, częściowo wciskającą się pomiędzy tę tętnicę a mięsień lędźwiowo-udowy; najniższy z tych gruczołów leży na tętnicy, tuż ponad więzadłem Pouparta i nazywa się *lgl. suprafemoralis lateralis;* 2) g r u p ę ś r o d k o w ą, leżącą na zewnątrz od tętnicy, na przednio-wewnętrznej powierzchni żyły, oraz 3) g r u p ę w e w n ę t r z n ą, której najniżej położony gruczoł, zwany *lgl. suprafemoralis medialis,* leży ku tyłowi od wewnętrznego kanału udowego i otrzymuje chłonkę z gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera.

Ilość i rozmiary gruczołów wszystkich trzech grup są zmienne; łączą się one między sobą za pośrednictwem licznych naczyń chłonnych. Oprócz chłonki z kończyny dolnej, wpadającej do gruczołów najniżej położonych, otrzymują one jeszcze dopływy z głębokich warstw przedniej ściany podbrzusza, częściowo z pęcherza moczowego, nasieniowodu, pęcherzyka nasiennego, części błoniastej i sterczowej cewki, z trąbki, macicy i pochwy, niekiedy z jądra względnie z jajnika.

Następnym etapem są *gruczoły biodrowe wspólne,* leżące wzdłuż jednoimiennych naczyń krwionośnych i otrzymujące chłonkę również i od *lgl. hypogastricae.* Stąd biegnie chłonka do *lgl. aorticae,* położonych w miejscu rozgałęzienia tętnicy głównej na obie biodrowe wspólne.

Klinika.

Zjawiskiem codziennym są ropne sprawy na kończynie dolnej, powikłane zapaleniem naczyń chłonnych i gruczołów udowych oraz pachwinowych. Znaczna część takich chorych nie zgłasza się wcale do chirurga, duża też część leczy się ambulatoryjnie. Do klinik i oddziałów chirurgicznych trafiają tylko przypadki cięższe, zwłaszcza te, w których dochodzi do zropienia. Dlatego też ustalenie względnej częstości z jaką ulegają stanom zapalnym poszczególne etapy gruczołów chłonnych kończyny dolnej, powinno opierać się nie tylko na statystycznych danych klinik i oddziałów chirurgicznych, lecz na całym materiale tej kategorii chorych, leczonych również i w przychodniach. Takie właśnie codzienne spostrzeżenia pozwalają na ustalenie następującej kolejności występowania omawianych spraw: najczęściej zajęciu ulegają gruczoły udowe i pachwinowe powierzchowne, rzadziej — podkolanowe, jeszcze rzadziej — udowe głębokie, względnie gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, i wreszcie najrzadziej — gruczoły biodrowe zewnętrzne czyli gruczoły trzeciego etapu.

Wytłumaczenie tej kolejności nie jest trudne. Tak więc gruczoły podkolanowe dlatego rzadziej ulegają zajęciu niż udowe i pachwinowe powierzchowne, że dopływa do nich chłonka z niewielkiego stosunkowo obszaru skóry, a w dodatku drobnoustroje z tego samego obszaru mogą przedostawać się bezpośrednio do gruczołów udowych drogą najbardziej powierzchownych naczyń chłonnych. Pierwszym więc etapem gruczołowym, do którego trafiają drobnoustroje z całej prawie powierzchni kończyny dolnej, są gruczoły udowe powierzchowne właściwe.

Gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera otrzymuje stosunkowo niewielką ilość chłonki, w dodatku już w znacznej mierze uwolnionej od drobnoustrojów. Dzięki zaś jeszcze dokładniejszemu przefiltrowaniu — do gruczołów biodrowych zewnętrznych trafia chłonka najmniej zakażona.

Obraz kliniczny oraz postępowanie w przypadkach tych umiejscowień zasługuje na omówienie zarówno ze względu na ich stosunkową rzadkość, jak i na towarzyszące im objawy ze strony sąsiednich narządów, jak wreszcie przez wzgląd na konieczność odróżniania tych spraw od innych jednostek chorobowych.

Ropne zapalenie gruczołów podkolanowych.

Chorzy zgłaszają się z powodu trudności w chodzeniu, wywołanych bólem, który umiejscowiają bądź ogólnikowo „w kolanie", bądź też wyraźnie — w dole podkolanowym, przy czym ciepłota jest podwyższona. Dokładniejsze wywiady pozwalają zwykle ustalić, że przed jakimś czasem, niekiedy nawet dłuższym, istniały wrota zakażenia, obecnie nieraz już zagojone, umiejscowione na zewnętrznym brzegu stopy, na pięcie, w okolicy ścięgna Achillesa lub też kostki zewnętrznej.

Badanie przedmiotowe stwierdza, że ciepłota jest podwyższona, kończyna jest ustawiona w lekkim zgięciu w stawie kolanowym, co ma na celu zmniejszenie napięcia w dole podkolanowym. Zarysy stawu przedstawiają się prawidłowo, staw nie zawiera wysięku; natomiast dół podkolanowy — w porównaniu ze stroną zdrową — jest wypełniony, niekiedy wygórowany, skóra w późniejszych okresach jest zaczerwieniona, stwierdza się bolesne nacieczenie, a w dalszym rozwoju sprawy — chełbotanie, trudne nieraz do wykrycia. Poszukując punktu wyjścia, można znaleźć wygasłą lub czynną sprawę zapalną w opisanych okolicach stopy lub podudzia, czasem też czerwone smugi zapalnie zmienionych naczyń chłonnych, biegnących od ogniska pierwotnego. Zbadanie trójkąta Scarpy umożliwi również oce-

nę stanu gruczołów chłonnych tej okolicy. Nakłucie próbne daje najczęściej gęstą niecuchnącą ropę, w której przeważnie wykrywa się ziarenkowce.

L e c z e n i e. Dopóki nie doszło do zropienia, zalecamy okłady wilgotne, unieruchamiamy kończynę w szynie, stosujemy proteinoterapię. Z chwilą stwierdzenia ropy, dokonujemy podłużnego nacięcia przez szczyt wygórowania. Jeżeli trzeba zrobić przeciwotwory, należy pamiętać o naczyniach i nerwach.

Zapalenie gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera.

Sprawa ta może, jak wiadomo, symulować przepuklinę udową uwięźniętą, zwłaszcza, że mogą tu występować objawy podrażnienia otrzewnej. Za zajęciem gruczołu przemawia: mniej ostry niż w uwięźnięciu przepukliny początek, stwierdzenie wrót zakażenia, podniesiona od pierwszej chwili ciepłota. Zdarzają się przypadki trudne do rozstrzygnięcia; należy wówczas operować i wyjaśnić istotę sprawy.

Ropnie gruczołów biodrowych zewnętrznych (trzeciego etapu).

Należą one do najrzadszych umiejscowień zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej. Wynika to nie tylko z rzadkiej istotnie lokalizacji, ale i stąd, że przypadki te bywają nieraz mylnie interpretowane.

W ostatnich czasach spostrzegaliśmy w Klinice trzy przypadki ropni gruczołów dołu biodrowego, w których punktem wyjścia były sprawy zakaźne na kończynie dolnej. Historię choroby przytoczę w skróceniu:

Przypadek 1. 46-letnia chora przybyła do Kliniki 26.V 37 z powodu bólu, obrzmienia i zaczerwienienia podudzia prawego. Dwa tygodnie temu uderzyła się obcasem w kostkę wewnętrzną prawej nogi, ocierając naskórek. Po kilku dniach wystąpiło w tym miejscu nieznaczne ropienie. W ostatnich dniach ciepłota podniosła się do 38°, zjawiło się bolesne zaczerwienienie na podudziu oraz ból w pachwinie. Stan obecny: ciepłota 37,8°; kończyna dolna prawa: ustawienie prawidłowe; na kostce powierzchowne ropiejące otarcie. Rozlane zaczerwienienie o niewyraźnych granicach oraz obrzęk na przyśrodkowej powierzchni podudzia. Bolesność wzdłuż przebiegu żyły odpiszczelowej. Gruczoły udowe i pachwinowe powiększone, bolesne, twarde. Zastosowano okłady, unieruchomienie, proteinoterapię.

29.V obrzmienie i bolesność gruczołów na udzie mniejsze. 31.V ciepłota wieczorna 39,1°; zaczerwienienie i obrzmienie skóry na podudziu wzmogło się, zjawiły się liczne pęcherzyki, wypełnione przejrzystym płynem (erysipelas bullosum); gruczoły pachwinowe żywo bolesne. Podano septazinę (4 tabl. dz.) i prontosil domięśniowo. 3.VI ciepłota jak wyżej; gruczoły na udzie mniejsze i mało bolesne, natomiast powyżej prawego więzadła Pouparta stwierdza się żywo bolesny naciek, niewyraźnie chełboczący. W uśpieniu dokonano nakłucia w pobliżu zewnętrznego brzegu nacieczenia, powyżej więzadła Pouparta, lecz ropy nie znaleziono. 6.VI przy powtórnym nakłuciu natrafiono na ropę, wobec czego, nie wyjmując igły, otworzono ropień z cięcia równoległego do więzadła Pouparta, przecinając warstwowo tkanki, bliżej wewnętrznej powierzchni talerza biodrowego. Wylała się szklanka gęstej zielonkawej ropy. Jamę ropnia, wielkości pięści, sięgającą aż do małej miednicy, sączkowano. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. 20.VI chora opuściła Klinikę z raną wypełnioną zdrową ziarniną.

Przypadek 2. 22-letni chory zgłosił się 18.VIII 37 z powodu gorączki i bolesnego guza w okolicy lewej pachwiny. Przed tygodniem zaczął odczuwać silny ból w tej okolicy, miał dreszcze i podwyższoną ciepłotę, w miejscu bolesnym wystąpiło zaczerwienienie. Przed dwoma tygodniami, pracując w polu, zakłuł się w trzeci palec lewej nogi. Stan obecny: ciepłota 39,4°, tętno 84. Kończyna dolna lewa jest ustawiona w lekkim zgięciu w stawie biodrowym; w lewej okolicy pachwinowej stwierdza się wygórowanie, na którym skóra jest zaczerwieniona; wygórowanie to jest żywo bolesne, twarde, nie chełboczące. Zalecono wilgotne okłady, unieruchomienie, propidon.

19.VIII — 6.IX ciepłota wiecz.: 39 — 40°. Chełbotania nie stwierdza się. 7.IX wystąpiło chełbotanie, wobec czego guz na udzie nacięto; wydobyła się duża ilość ropy, którą pobrano do zbadania. W preparatach i w posiewach — paciorkowce. Po nacięciu ropnia ciepłota początko-

wo opadła, dnia 9.IX wieczorem wynosiła już tylko 37,7°, ale potem znów zaczęła się podnosić, przekraczając 39° dnia 12.IX. Jednocześnie chory zaczął się skarżyć na ból powyżej lewego więzadła Pouparta, gdzie też stwierdzono rozlany, bolesny i chełboczący opór. 13.IX w uśpieniu nacięto ropień powyżej lewego więzadła Pouparta; wylała się znaczna ilość ropy, w której badanie bakteriologiczne wykazało paciorkowce. W dalszym przebiegu trzeba było rozszerzyć ranę powyżej więzadła Pouparta; 20.X chory został wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

Przypadek 3. 25.VI 37 przywieziono do Kliniki 5-letnią dziewczynkę z powodu znacznie podwyższonej ciepłoty z dreszczami, bolesności podbrzusza po stronie lewej i silnego przykurczu lewej kończyny w stawie biodrowym i kolanowym. Przed dwoma tygodniami skaleczyła się w okolicę kostki zewnętrznej lewej nogi, po kilku dniach zaczęła odczuwać pobolewanie w okolicy lewej pachwiny; po paru następnych dniach wystąpił przykurcz w stawie biodrowym. Stan obecny: ciepłota 39,8°, tętno 126. Lewa kończyna dolna tak silnie przykurczona w stawie biodrowym i kolanowym, że zbadanie okolicy lewego talerza biodrowego bez uśpienia było niemożliwe. Trącanie w okolicę krętarza wielkiego niebolesne, ruch obrotowy do zewnątrz, odwiedzenie oraz przywiedzenie — możliwe. Zdjęcie rentgenowskie zmian w stawie biodrowym i w miednicy nie wykazało.

26.VI w uśpieniu wyprostowano kończynę i stwierdzono powyżej lewego więzadła Pouparta chełboczący guz, sięgający prawie do przedniego górnego kolca kości biodrowej. Na wewnątrz od kolca dokonano nakłucia i uzyskano gęstą niecuchnącą ropę. Nacięto wówczas ropień wzdłuż igły, równolegle do więzadła Pouparta. Wylała się duża ilość ropy. Jamę ropnia sączkowano.

Wyżej opisane trzy przypadki stanowią ilustrację obrazu klinicznego ropnia gruczołów biodrowych zewnętrznych. Chorzy zgłaszają się z powodu podwyższonej ciepłoty, bólów w okolicy pachwiny i mniej lub więcej zaznaczonego przykurczu w stawie biodrowym. Wywiady dotyczące punktu wyjścia sprawy przedstawiają się podobnie, jak w przypadkach zapalenia gruczołów kończyny dolnej niższych etapów. Te ostatnie albo uległy zropieniu, albo tylko obrzmieniu zapalnemu, albo wreszcie nie biorą udziału w sprawie. Zakażenie przenika do trzeciego etapu albo poprzez gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, albo bezpośrednimi drogami chłonnymi, łączącymi gruczoły pachwinowe powierzchowne z biodrowymi zewnętrznymi. Które z tych ostatnich zostają zajęte, a które oszczędzone, w których dochodzi do ropienia, w których zaś nie — tego nie wiemy; nie ma to, zresztą, większego znaczenia, ważne jest tylko rozstrzygnięcie, czy w poszczególnym przypadku toczy się sprawa ropna w gruczołach trzeciego etapu. Prawdopodobnie nierzadko bywa zajęty najniżej położony gruczoł grupy wewnętrznej, stanowiący w tym etapie odbiornik dla chłonki, wypływającej z gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera. Ważne jest również, że zropienie gruczołów udowych i pachwinowych bynajmniej nie wyłącza możliwości zropienia gruczołów trzeciego etapu. Jeżeli więc po nacięciu ropowicy gruczołów na udzie, względnie w pachwinie, nie następuje spadek ciepłoty, należy zwrócić uwagę na okolicę powyżej więzadła Pouparta. Czasem można stwierdzić w stawie biodrowym przykurcz, zależny od bliskiego sąsiedztwa mięśnia lędźwiowo - udowego. Przykurcz może nie wystąpić, może też niekiedy być tak silny, że dla zbadania chorego trzeba go uśpić. Obmacując okolicę talerza biodrowego stwierdzamy, iż w dolnej swej części, powyżej więzadła Pouparta, jest ona wypełniona przez bolesny guz o rozlanych granicach, nieruchomy, w późniejszych okresach chełboczący. Badanie przez odbytnicę lub przez pochwę zwykle wykazuje stosunki normalne, możliwe jest jednak opuszczenie się ropy w dół do miednicy małej; można wtedy stwierdzić nacieczenie w jej bocznej ścianie, w obrębie mięśnia zasłonowego wewnętrznego (jeden z trzech przypadków, opisanych przez *Savariaud)*. Podwyższona ciepłota i wzmożona leukocytoza dopełniają obrazu.

Obraz ten posiada jednak wiele cech wspólnych dla schorzeń o zupełnie innej etiologii.

Tak więc ból w okolicy pachwiny, przykurcz i podniesiona ciepłota nasuwają przede wszystkim podejrzenie *ostrego zapalenia stawu biodrowego*. Cechami odróżniającymi będą tu, obok wywiadów, ewentualnego wykrycia punktu wyjścia oraz zajęcia naczyń chłonnych i gruczołów niższych etapów, możliwość wykonania w pewnym zakresie wszystkich ruchów z wyjątkiem wyprostowania i skręcenia do wewnątrz, brak bolesności przy uderzaniu pięścią w krętarz wielki i brak zmian na rentgenogramie; to ostatnie, oczywiście, we wczesnym okresie nie jest jeszcze miarodajne.

W przypadkach *ostrego ropnego zapalenia torebki tłuszczowej nerki (paranephritis)* może wystąpić podobny obraz wtedy, kiedy ropa opuści się na talerz biodrowy. W tych razach zbadanie okolicy lędźwiowej i wykrycie całego zespołu charakterystycznych objawów pozwoli sprawę rozpoznać.

Przy prawostronnym umiejscowieniu myśleć można o *ropniu okołowyrostkowym;* w różnicowaniu uwzględnić należy wywiady i dotychczasowy przebieg.

Pozostaje w końcu jeszcze jedno schorzenie — *ostre ropne zapalenie mięśnia lędźwiowo - biodrowego*, odróżnienie którego od ropnia gruczołów trzeciego etapu bywa czasem niemożliwe. Rozpoznaje się *psoitis*, jeżeli nacieczenie zapalne, względnie ropień, umiejscowiony jest wyżej na talerzu biodrowym i jeżeli można wyłączyć wszystkie wyżej omówione jednostki chorobowe, wtedy kiedy ani wywiady, ani badanie przedmiotowe nie pozwolą dopatrzeć się na kończynie dolnej punktu wyjścia sprawy i szerzenia się jej na układ chłonny. Jeżeli zaś uwzględnimy, że przyczyną ropnia gruczołów mogło być drobne uszkodzenie, którego chory nie pamięta i po którym śladu nie zostało, oraz że niższe etapy gruczołów mogły być ominięte, to trzeba się zgodzić, że niewątpliwie pewna część przypadków, rozpoznawanych jako *psoitis acuta purulenta*, należy w istocie do grupy ropni gruczołów biodrowych zewnętrznych.

Rozróżnianie obu tych spraw nie ma zresztą praktycznego znaczenia, gdyż p o s t ę p o w a n i e l e c z n i c z e jest w obu wypadkach jedno i to samo: dopóki nie stwierdzamy obecności ropy, zachowujemy się wyczekująco, stosując okłady i proteinoterapię. Opierając się na przebiegu ciepłoty, na zachowaniu się leukocytozy i — co najważniejsza — na stwierdzeniu chełbotania, przystępujemy do otwarcia ropnia. W uśpieniu sprawdzamy jeszcze raz, czy występuje chełbotanie, i wykonujemy nakłucie próbne. Miejsca nakłucia nie można określić szablonowo dla wszystkich przypadków. Zależy ono od rozmiarów i kształtów guza zapalnego. Jasne jest, że nie wolno iść igłą poprzez jamę otrzewnową. To też należy się trzymać pobliża ściany talerza biodrowego i nakłuwać ropień tuż ponad więzadłem Pouparta, u zewnętrznego brzegu guza, bliżej przedniego górnego końca kości biodrowej, ewentualnie w połowie odległości między przebiegiem tętnicy a kolcem. Uzyskawszy ropę, najczęściej bezwonną, przeważnie gronkowcową lub paciorkowcową, igły nie wycofujemy, lecz prowadzimy cięcie równoległe do więzadła Pouparta, kierując się na igłę, ale raczej ku zewnątrz; mięśnie rozsuwamy na tępo, aż dotrzemy do zbiornika ropy. Palcem, wprowadzonym do jamy ropnia, orientujemy się w jej rozmiarach i kształcie i wykładamy ją luźno sączkami gazowymi.

Dalsze prowadzenie odbywa się według zwykłych zasad. Gojenie przebiega pomyślnie, mimo, że ropa ma odpływać w kierunku przeciwnym do działania siły ciężkości. Podobnie bowiem jak w ropniach wewnątrzotrzewnowych działa tu ciśnienie śródotrzewne, które wytłacza ropę ku górze.

PIŚMIENNICTWO.

P. Bartels. Das Lymphgefässsystem, 1909, *G. M. Jossifow.* Das Lymphgefässsystem des Menschen, 1930, *H. Rouvière.* Anatomie des Lymphatiques de l'Homme, 1932, *Félizet.* Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des membres. Bull. Soc. Chir. 1893, t. 19, str. 521—4, *J. Brault.* Contribution à l'étude des abscès de la fosse iliaque. Revue de Chirurgie 1895, zesz. 15, str. 246, *Savariaud.* Adéno-phlegmons iliaques et pelviens consécutifs aux lymphangite du membre inférieur. Presse Méd. 1905, Nr. 19, *Gras.* Adéno-phlegmons inguinaux et iliaques traités par les injections de vaseline iodof. Gazette des Hôpitaux, 1906, Nr. 39, *Mercadé.* Adénite sus- et préinguinale. Gaz. des Hôpit. 1907, Nr. 3, *Dejouany et Viguier.* Adéno-phlegmons iliaques. Presse Méd. 1910, Nr. 44, *Savariaud.* Adénite de la fosse iliaque simulant une tumeur de la paroi. Bull. Mem. Soc. de Chir. 1912, 5, *A. Most.* Chirurgie der Lymphgefässe und der Lymphdrüsen, 1917. *A. Buzello.* Die akuten eitrigen Infektionen in der Chirurgie und ihre Behandlung, 1926, *C. Steinthal.* Die Beckenabscesse — w „Handbuch der praktischen Chirurgie" (Garré, Küttner, Lexer), tom IV, 1927, *E. Haim.* Über metastatische und fortgeleitete Eiterungen in kleinen Becken. Brun's Beitr. 147, 1929, str. 156—160, *P. Ingelrans et J. Minne.* Onze cas de psoitis primitives. Rev. d'Orthop. t. 20, 1933, str. 577—602.

RÉSUMÉ.

Des rares localisations d' adéno - phlegmons du membre inférieur

par

Dr S. Szenicer (Varsovie).

L'auteur donne la description anatomique du système lymphatique du membre inférieur. Attire l'attention, qu'en dehors d'une petite région cutanée, dont la lymphe va vers les ganglions poplités, la lymphe de toute la région restante s'écoule vers les ganglions fémoraux superficiels (1-ère étape), de là vers les ganglions inguinaux superficiels (2-ème étape), puis ensuite — directement où par le ganglion de Cloquet-Rosenmüller — vers les ganglions iliaques externes (3-ème étape). Enfin par les ganglions iliaques primitifs elle s'écoule vers les ganglions aortiques.

L'auteur s'occupe des localisations rares des adénites banales, dont le point de départ siège sur le membre inférieur. Il peut même agir d'une lésion minuscule de la peau, dont l'interrogation doit découvrir l'existence.

Après avoir décrit succinctement le tableau clinique et le traitement de l'adénite du creux poplité et du ganglion de Cloquet-Rosenmüller, l'auteur s'arrête plus longuement sur la localisation la plus rare, c. à d. sur l'abscès des ganglions iliaques externes. Trace le tableau clinique et le diagnostic différentiel avec l'arthrite coxo-fémorale aiguë, la paranephrite, l'abscès periappendiculaire et la psoatite aiguë purulente. Il souligne en outre la grande difficulté du diagnostic différentiel avec cette dernière maladie, qui n'a pas d'ailleurs d'intérêt pratique. En finissant l'auteur décrit le traitement des adéno-phlegmons iliaques.

Les trois cas des adéno-phlegmons iliaques, observés à la I Clinique Chirurgicale de l'Université de J. Piłsudski à Varsovie, démontrent l'existence réelle du tableau clinique décrit.

KAZUISTYKA

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w Warszawie.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

Przypadek rozszerzenia torbielowatego naczyń chłonnych szyi (Lymphangiectasiae cysticae colli)

podał

Dr S. Boguszewski.

Do szeregu guzów niezapalnych umiejscowionych na szyi należą twory powstałe na skutek torbielowatego rozszerzenia naczyń chłonnych tej okolicy. Twory te nasuwają dużo zagadnień natury etiologicznej, klinicznej i leczniczej. Przed bliższym ich rozpatrzeniem opiszę spostrzegany ostatnio przeze mnie przypadek w II Klinice Chirurgicznej U. J. P.

Chora lat 23, niezamężna, z zawodu pomocnica domowa, zgłosiła się ze skargami na obecność w prawej okolicy podszczękowej guza miękkiego, rozlanego, wielkości zmiennej, wahającej się od rozmiarów dużej śliwki do małego jabłka. Podaje, że od dzieciństwa cierpi na próchnicę zębów połączoną z silnymi bólami. Leczyła się dotychczas sama gorącymi okładami. W czasie bólów miewała znaczne obrzęki umiejscowione obustronnie na szyi tuż pod szczęką. Po ustąpieniu bólów obrzęki te zwykle znikały. Przed 3 — 4 laty zauważyła, że obrzęk po stronie prawej utrzymywał się dłużej, cofając się o 2 — 3 tygodnie później, aniżeli po stronie lewej. Stan taki trwał aż do r. 1936, kiedy kolejno występujące w związku z bólami zębów obrzmienie okolicy podszczękowej prawej nie cofnęło się, utrzymując się aż do chwili zgłoszenia się chorej do Kliniki. Chora podkreśla, że guz zazwyczaj w lecie bywał mniejszy, w zimie zaś, a zwłaszcza jesienią i wiosną, kiedy chora skłonna do przeziębień zapadała na zdrowiu, ulegał powiększeniu. Ostatnio leczyła się bezskutecznie naświetlaniami rentgenowskimi.

Badaniem stwierdza się: budowa chorej prawidłowa, odżywienie dobre, gruczoły chłonne nie powiększone, migdały duże, obecnie w stanie nie zapalnym. W narządach wewnętrznych zmian dostrzegalnych nie ma. Badanie krwi i moczu odchyleń nie wykazały.

Miejscowo już na pierwszy rzut oka widzi się znaczną asymetrię szyi. Okolica podszczękowa prawa wyraźnie uwypuklona, skóra nie zmieniona, z podłożem nie związana. Istotę uwypuklenia stanowi guz, sięgający ku dołowi prawie do obojczyka, ku górze nieco poniżej poziomej gałęzi żuchwy, ku przodowi nie dochodzący na 3 — 4 cm do linii środkowej, a ku tyłowi sięgający do przedniego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Guz ten ma granice nie dające się ściśle określić, konsystencję miękką, ze skórą i podłożem mięśniowym nie jest związany.

Chorą poddano zabiegowi *(prof. Wojciechowski).* Z cięcia wzdłuż dolnego brzegu poziomej gałęzi żuchwy dotarto do guza i wydzielono go z otaczających tkanek i narządów, którymi były między innymi od tyłu mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, przyśrodkowo ślinianka, a od przodu i góry tkanka podskórna. Podczas zabiegu guz pękł, wylała się treść półpłynna żółtawa w ilości 10 — 15 cm^3. Po usunięciu pozostałości tworu powłoki zeszyto szwem wśródskórnym; w dolnym biegunie rany umieszczono drenik gumowy, który po 2 dniach usunięto.

Badanie mikroskopowe wykazało, że chodzi o twór torbielowaty z tkanki łącznej, że wyściełają go komórki o charakterze śródbłonków, że jego ściana ma liczne szczeliny wysłane podobnie i że w preparacie są rozrzucone nacieki składające się przeważnie z limfocytów, przy czym nie widzi się żadnych cech nowotworzenia. Rozpoznano *torbielowate rozszerzenie naczynia limfatycznego (lymphangiectasia cystica)*

Pochodzenie tej względnie rzadko spotykanej postaci chorobowej nie jest dostatecznie wytłumaczone, w sprawie tej istnieją jedynie przypuszczenia. Niektórzy sądzą mianowicie, że może ona powstać, gdy odpływ chłonki z pewnego odcinka dróg limfatycznych jest utrudniony albo niemożliwy. Może to nastąpić z powodu zwężenia światła naczynia odprowadzającego chłonkę, a więc w razie jego zarostowego zapalenia, gruźlicy itp. Nieraz przyczyną tego jest ucisk z zewnątrz, przez sprawę rozwijającą się w otoczeniu, a więc w przypadku nowotworu, bliznowatego zaciągnięcia, ewentualnego uszkodzenia naczynia chłonnego podczas zabiegu operacyjnego lub na skutek urazu. Wówczas chłonka szuka ujścia z danego odcinka naczyniowego i zwykle je znajduje w postaci licznych bocznic, których układ chłonny, podobnie jak krwionośny, posiada bogatą sieć. W pewnych jednak, a bliżej nieznanych warunkach, do takiego odpływu chłonki przez drogi oboczne nie dochodzi. Spostrzega się to między innymi w warunkach długo utrzymującego się miejscowego przekrwienia żylnego. Wytwarzająca się wówczas w większej ilości chłonka albo rozciąga naczynia tworząc różnej wielkości torbiele, albo przenikając przez ściany naczyń do otaczających przestrzeni międzykomórkowych, powoduje powstanie obrzęku. Niejednokrotnie dłuższe utrzymywanie się takiego obrzęku stanowi bodziec do rozwoju tkanki łącznej, co powoduje rozległe stwardnienie o cechach trwałych. Podobne zmiany widuje się również w innych okolicach ciała, np. na podudziu w ulcus cruris (pachydermia lymphangiectatica). Jeśli większe obrzęki ulegają organizacji powstaje t. zw. słoniowatość (elephantiasis), którą należy odróżnić od podobnej zresztą etiologicznie i objawowo postaci chorobowej występującej pod zwrotnikiem, t. zw. elephantiasis Arabum, podłożem której jest stan zapalny naczyń chłonnych wywołany przez pasorzyta Filaria Bancrofti.

Rozszerzenie naczyń chłonnych można spotkać wszędzie. Miejscami specjalnie uprzywilejowanymi są duże surowicze jamy ciała. W jamie brzusznej lymphangiectasiae spotyka się w postaci większych lub mniejszych białych guzków na surowiczej powierzchni jelit lub w postaci torbieli chłonnych krezki, najczęściej w wypadkach gruźlicy tych narządów. Podobnie widuje się nieraz takie zmieny na błonach surowiczych worka sercowego i opłucnowego, zwłaszcza w raku płuca lub w status lymphaticus. Niejednokrotnie spotyka się też rozszerzenie różnego stopnia lub torbiele głównego przewodu chłonnego (cysterna chyli) i większych pni naczyń chłonnych. Niektórzy autorzy zaliczają do tej grupy schorzeń również t. zw. ascites chylosus lub chylothorax przy dużych wylewach chłonki do jam ciała.

Najczęściej wszakże większe lub mniejsze rozszerzenie naczyń limfatycznych widuje się w powłokach. Głębiej lub płyciej umiejscowione w tkance podskórnej, anatomicznie związane lub nie związane z pozostałym układem chłonnym, rozszerzenia te w postaci tworów składających się z jednej lub kilku torbieli, wypełnionych płynem białawym lub żółtawym o konsystencji kleistej, dają na zewnątrz obraz guzów rozmaitego, przeważnie nieforemnego kształtu.

W piśmiennictwie spotyka się również inne zapatrywania na istotę omawianych tworów limfatycznych. Mianowicie niektórzy autorzy uważają wszystkie guzowatości wychodzące z układu chłonnego i naczyniowego za nowotwory, tak dalece, że nawet żylaki odbytu są przez nich traktowane jako nowotwory łagodne. Odbija się to i w mianownictwie, bowiem sprawę przez nas rozpatrywaną określa się nierzadko

jako *lymphangioma cysticum*, dając w samej nazwie wyraz przekonania o czynnym nowotworowym pochodzeniu guza; większość wszakże skłonna dzielić guzy i torbiele wychodzące z układu limfatycznego na dwie grupy: z a s t o j o w ą i n o w o t w o r o w ą, biorąc za podstawę podziału cechy nowotworzenia, stwierdzone badaniem anatomo-patologicznym, odgraniczenie od otoczenia i samodzielny wzrost guza. Autorzy ci uważają, że za nowotworowym pochodzeniem guza przemawia stwierdzenie w utkaniu jego wypustek śródbłonka, kanalizujących się następowo i dających przez to początek szybko rosnącym naczyniom, które, przeplatając się i rozszerzając w sposób jaknajbardziej rozmaity, składają się na szybki wzrost utkania nowotworu. Przeciwnie w grupie guzów zastojowych badanie mikroskopowe nie stwierdza rozrostu naczyń, nie widzi się również bujania komórek śródbłonka. Tu ściany naczynia, ulegając ciśnieniu nagromadzonej w ich świetle cieczy, powoli rozciągają się, tworząc bądź torbiele pojedyńcze, bądź szereg torbieli, albo połączonych ze sobą i z układem naczyniowym, albo też zupełnie samodzielnych. W ścianach takich torbieli udaje się niekiedy stwierdzić nieznaczny przerost włókien mięsnych, stanowiący niejako reakcję na działanie sił rozciągających, t. zw. przerost roboczy. Warto zaznaczyć, że taka torbiel zastojowa reaguje nieraz na bądźce zewnętrzne, tak jak reaguje układ chłonny danej okolicy.

Podobne zjawisko stwierdzało się i w spostrzeganym przeze mnie przypadku, a mianowicie wielkość torbieli ulegała wahaniom w zależności od stanu zębów, migdałków, przeziębienia chorej itp. okoliczności. Zjawisko to było też jednym z momentów, który skłonił do klinicznego rozpoznawania w danym przypadku guza związanego z układem naczyń chłonnych. W preparacie uzyskanym w czasie zabiegu nie wykryto cech nowotworzenia, co pozwalałoby rozpoznać lymphangioma cysticum; stwierdzono natomiast torbiel wychodzącą z układu chłonnego, typową torbiel powstałą na tle zastoju limfy.

Z punktu widzenia postępowania operacyjnego zagadnienie nowotworowego czy też zastojowego pochodzenia omawianych torbieli limfatycznych jest sprawą drugorzędną, ponieważ twory te wymagają z reguły doszczętnego usunięcia w granicach zdrowych tkanek. Zresztą podstawy anatomo-patologiczne, którymi wypadałoby się kierować przy ustalaniu istoty tych guzów, mogą być uzyskane dopiero po zabiegu. Rokowanie może być więc ściśle ustalone dopiero po usunięciu i zbadaniu guza; na ogół bywa ono pomyślne.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *dr Jerzy Jasieński.*

Dwa przypadki zastarzałych ropniaków opłucnej, wyleczone przy pomocy torakoplastyki

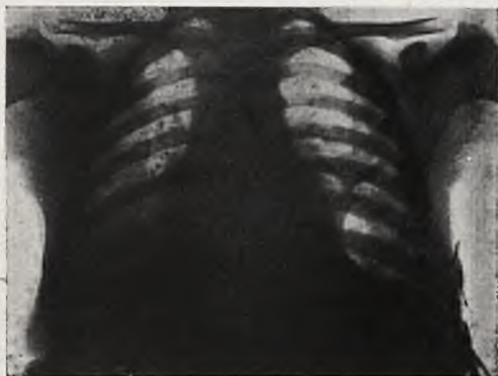
podał

Dr Roman Wolański.

Historia choroby przypadku pierwszego jest następująca:

Pacjentka lat 19 zachorowała w styczniu 1936 w 9-ym miesiącu ciąży — stwierdzono wysiękowe zapalenie lewej opłucnej. Po kilku dniach odbyła poród. W 3. tygodniu choroby przeniesiona na oddział chirurgiczny z powodu ropnego zapalenia lewej opłucnej; z ropy wyhodowano pa-

ciorkowca. Ze względu na zły ogólny stan chorej, gorączki septyczne i przesunięcie śródpiersia na prawo — w dniu następnym podokostnowe wycięcie kawałka IX lewego żebra w linii pachowej tylnej, torakotomia i drenaż klatki piersiowej. Mimo niewielkiego otworu w powłokach i opłucnej, szczelnego umocowania drenu i założenia syfonu, wskutek ropienia rany powstała odma piersiowa. Ogólny stan chorej szybko się poprawił. W 3 miesiące później przekonano się, że zapadnięte płuco mimo wszystkich zabiegów nie rozszerzyło się, że utrzymuje się jama między silnie zgrubiałą opłucną ścienną a płucną, obficie wydzielająca. W uśpieniu ewipanowym wykonano torakoplastykę, wycinając znajdujące się ponad jamą odcinki żeber od X do VII włącznie. Jamę ropniaka szeroko otwarto i drenowano. W trzy tygodnie później, wobec niecałkowitego zapadnięcia się jamy, wyrwanie nerwu przeponowego. Chorą wypisano z drobną przetoką skąpo wydzielającą. Po ½ roku zgłosiła się ponownie z niezagojoną przetoką. Rentgenogram wykazał wysokie ustawienie lewej przepony, pomniejszenie lewego pola płucnego i zaciemnienie dolnej jego połowy przez zrosty i zgrubiałą opłucnę. Nie stwierdzono na zdjęciu obecności jamy. Wobec utrzymywania się wydzieliny z przetoki powtórny zabieg: wycięto dalsze odcinki żeber od IX do VII włącznie, otwarto szeroko niezarośniętą jamę ropniaka, przy czym przekonano się, że sięga ona ku górze do wysokości V żebra. Wycięto więc podokostnowo odcinki żeber VI i V, przecięto ponad jamą części miękkie wraz z silnie zgrubiałą opłucną, wpuklając je w głąb po wyskrobaniu wypełniającej jamę tkanki ziarninowej — zniesiono w ten sposób całkowicie zewnętrzną ścianę jamy. Po 3 miesiącach chora opuściła szpital zagojona. Dziś po upływie dalszych 10 miesięcy jest całkiem zdrowa, na nic się nie skarży i pracuje na oddziale jako pielęgniarka (rys. 1 i 2).



Rys. 1.



Rys. 2.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z zastarzałym ropniakiem opłucnej. Nazwą tą określamy ostre ropniaki opłucnej, nie ulegające wyleczeniu w ciągu dłuższego czasu, 3 — 4 miesięcy i więcej. Chodzi o przypadki, w których, mimo stworzenia dobrego odpływu dla ropy, uciśnięte początkowo przez nią i odsunięte ku kręgosłupowi płuco nie rozszerza się po pewnym czasie, nie powraca na dawne swe miejsce, lecz pozostaje zapadnięte i nieruchome mimo wszelkich stosowanych w tym celu zabiegów: prób rozdymania go przez chorych przez nadmuchiwanie poduszek gumowych, szczelnych opatrunków, zmierzających do odcięcia dopływu z zewnątrz powietrza itp. W przypadkach tych w opłucnej utrzymuje się stale niczym nie wypełniona przestrzeń, jama komunikująca ze światem zewnętrznym, stale wydzielająca treść ropną i przetoka, która nigdy nie ulega zagojeniu. Toczący się w opłucnej proces ropny prowadzi po dłuższym czasie do wybitnego jej zgrubienia; grubieje nie tylko opłucna ścienna, lecz i płucna; powierzchnia zapadniętego płuca pokrywa się grubą warstwą tkanki bliznowatej, wskutek czego płuco już nigdy w przy-

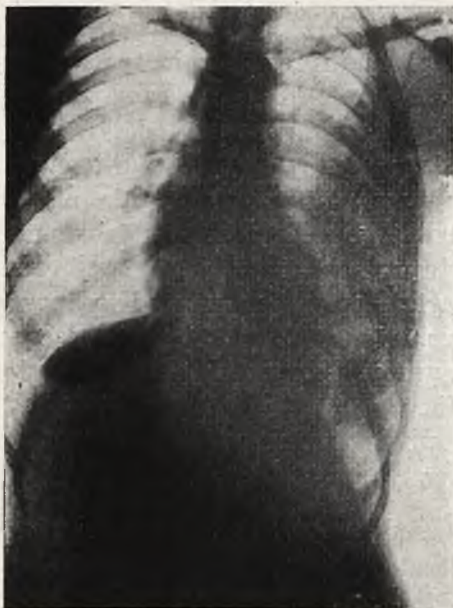
szłości nie będzie w stanie rozszerzyć się. Bez odpowiedniego leczenia chirurgicznego chorzy ci coraz bardziej słabną i wcześniej czy później giną wskutek skrobiawicy narządów wewnętrznych.

Jaka jest przyczyna, że w jednych przypadkach po odpuszczeniu ropy z opłucnej uciśnięte płuco rozszerza się i wypełnia jamę opłucnową, w innych zaś nie?

Ewald przypisywał wyłącznie chirurgom winę powstania zastarzałych ropniaków opłucnej. Pogląd ten nie jest właściwy. Niewątpliwie wadliwy sposób leczenia ostrego ropniaka opłucnej w części przypadków może być przyczyną wytworzenia się zastarzałego ropniaka. Wbrew wszakże nie tak dawnym, bo przedwojennym zasadom, nie otwieramy już dziś szeroko klatki piersiowej, nie wprowadzamy do opłucnej aż czterech drenów w różnych kierunkach, jak to robili Francuzi, lecz ograniczamy się do zamkniętego, względnie do nawpół zamkniętego leczenia ropniaków. Przy zakażeniu pneumokokowym wystarczają częstokroć do uzyskania wyleczenia nakłucia opróżniające przy pomocy aparatu Potaina. Przy zakażeniu gronkowcowym lub paciorkowcowym u dzieci z reguły, a u dorosłych tylko przy ciężkim stanie ogólnym (w przebiegu zapalenia płuc itd.) ograniczamy się do założenia szczelnego drenażu Bilau. W pozostałych przypadkach z małego cięcia wycinamy podokostnowo w linii pachowej tylnej tak mały odcinek IX żebra, aby tylko mógł się w otworze pomieścić gruby dren. Unikamy przy tym powstania odmy piersiowej przez natychmiastowe po otwarciu opłucnej wprowadzenie do jej otworu drenu połączonego z syfonem i szczelne zeszycie obok drenu brzegów skóry. Rolę syfonu spełnia dren tkwiący w opłucnej, połączony przy pomocy rurki szklanej z drugim drenem, którego koniec, opatrzony podziurkowanym palcem rękawiczki gumowej, tkwi we flaszce pod powierzchnią wody. Zapobiega to w zupełności przedostawaniu się powietrza do opłucnej, przesiąkaniu opatrunku ropą, a przeważnie i ropieniu rany, zabezpieczając równocześnie dobry odpływ ropy gromadzącej się w opłucnej. Postępowanie to prowadzi do rozprostowania się już w pierwszych godzinach po zabiegu zapadniętego płuca i zapobiega powstawaniu otwartej odmy piersiowej. Nieodpowiednie leczenie pooperacyjne i zbyt wczesne wypisywanie chorych do leczenia ambulatoryjnego mogą być równie przyczyną powstania przewlekłego ropniaka opłucnej z winy chirurga.

Istnieje wreszcie szczególna postać zastarzałego ropniaka opłucnej, powstałego wyłącznie z winy chirurga; miało to miejsce w drugim naszym przypadku, operowanym uprzednio w jednym ze szpitali krakowskich.

U 48-letniej chorej na 8 miesięcy przed przyjęciem do naszego szpitala powstał ropniak opłucnej po ranie kłutej klatki piersiowej na wysokości trzeciego międzyżebrza. Po kilkakrotnych bezskutecznych nakłuciach opróżniających wykonano torakotomię, wycinając kawałek IX żebra i drenowano jamę ropniaka. Chora opuściła szpital po 7-miesięcznym leczeniu z przetoką wydalającą płyn ropny i stanami podgorączkowymi. Przy przyjęciu stwierdziliśmy w 8. międzyżebrzu obecność przetoki dość obficie wydzielającej. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej (rys. 3) wykazało jednostajne zaciemnienie prawego pola płucnego bez obecności jamy powietrznej i warstwy płynu. Przy dokładnym oglądaniu kliszy zauważyliśmy pośród zaciemnienia drobny cień pierścieniowaty, który odrazu nasunął podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z pozostawionym w opłucnej drenem. Przypuszczenie to potwierdziło zdjęcie wykonane po wstrzyknięciu do ujścia przetoki płynu kontrastowego (rys. 4): cień lipiodolu, w kształcie wąskiego nieregularnego kanału, sięgał daleko ku górze, do poziomu drugiego żebra licząc od przodu; nie wykazano natomiast obecności jamy. Wykonano więc torakotomię śródopłucnową; po wycięciu kilkucentymetrowych odcinków od VII do III żebra włącznie w linii pachowej tylnej, nacięto podłużnie zrośnięte ze sobą blaszki



Rys. 3.



Rys. 4.

obu opłucnych, grubości do 3 palców, po czym wydobyto tkwiący w głębi dren, długości 10 cm, średnicy 1 cm. Po wyskrobaniu ostrą łyżeczką ziarniny otaczającej dren, jamę ropnia sączkowano, po czym częściowo zaszyto powłoki. Chora opuściła szpital zagojona po 8 tygodniach.

Wiemy o tym, że nie wolno bezwzględnie, zwłaszcza jeśli o klatkę piersiową chodzi, wprowadzać do rany drenu bez agrafki. Pociągnąć to bowiem za sobą może, jak to miało miejsce w opisanym przypadku, wpadnięcie drenu do wnętrza jamy opłucnowej, do jamy ropniaka i, jeżeli rychło nie usuniemy go operacyjnie, musi powstać ropniak zastarzały. Zdaniem *Köhlera* ciała obce są przyczyną zastarzałych ropniaków opłucnej w 15% przypadków. W klinice *Mayo* stwierdzano obecność zgubionego drenu w 3% przypadków operowanych zastarzałych ropniaków opłucnej.

Przypadki, w których zgubiono dren w opłucnej, podobnie jak wszystkie przypadki, w których w opłucnej tkwi ciało obce, stanowią pod względem etiologicznym szczególną grupę zastarzałych ropniaków opłucnej.

Istnieje jednak i szereg innych przyczyn, z powodu których zapadnięte płuco nie rozprostowuje się należycie po operacji ostrego ropniaka. Wiele przypadków jest zbyt późno kierowanych do operacji, już w okresie, w którym w opłucnej zaszły poważne zmiany. Wielką także pod tym względem rolę odgrywać może samo płuco, którego schorzenie pociągnęło za sobą wytworzenie się ropniaka. Badania sekcyjne *Aschnera*, przeprowadzone w roku 1927 na 69 zwłokach osób zmarłych z powodu ropniaka opłucnej, w 47 przypadkach wykazały istnienie w płucu różnej wielkości ropni, a w 22—rozstrzeni oskrzeli, względnie zgorzeli płuca. Można przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem, że giną nie wszyscy chorzy dotknięci takim podwójnym schorzeniem — płuca i opłucnej. U chorych zaś pozostałych przy życiu, bez względu na ten czy inny sposób leczenia chirurgicznego, płuco chore rozprostowywać się będzie znacznie wolniej niż płuco zdrowe, względnie nawet wcale się nie rozszerzy, co nieuchronnie musi pociągnąć za

sobą powstanie zastarzałego ropniaka opłucnej. Z tego też względu tak często między zastarzałymi ropniakami opłucnej spotykamy przypadki ropniaków powstałych po postrzałach i zranieniach płuc.

Zdolność płuca do rozszerzania się zależy również od umiejscowienia ropniaka. Płuco łatwiej rozszerzy się i wypełni jamę opłucnową, jeśli ropniak usadowiony jest przyściennie, niż przy ropniakach międzypłatowych, względnie wielokomorowych. Częstą wreszcie przyczyną powstawania zastarzałych ropniaków są przetoki oskrzelowe, przetoki niekiedy tak drobne i nie rzucające się w oczy, że nie bywają zauważone przez wszystkich uczestników operacji. Według ostatnich zestawień autorów amerykańskich powikłanie to należy do częstych. *Heldblom* z kliniki *Mayo* pośród 310 przypadków zastarzałych ropniaków opłucnej obserwował przetoki oskrzelowe w 28,4%, a *Köhler* oblicza ich częstość nawet na 60%.

Na zakończenie podkreślić muszę znakomite wyniki leczenia operacyjnego zastarzałych ropniaków opłucnej w porównaniu z wynikami dawnymi. Podczas gdy *Wilms* i *Friedrich* mieli 80% śmiertelności, a w późniejszych zestawieniach śmiertelność operacyjna wynosiła przeciętnie 20%, w ostatnich latach bracia *Mayo* na 310 stracili tylko 17 chorych, a *Köhler* na 40 — tylko 3 chorych. Podczas gdy do niedawna cyfra wyleczeń uzyskanych przy pomocy torakoplastyki wynosiła zaledwie 50%, dziś niewiele odbiega ona od setki. Zawdzięczamy to między innymi wczesnym zabiegom doszczętnym, przeprowadzanym już w 3 — 4 miesiące po operacji ostrego ropniaka, nie wyczekując jak dawniej, aż ropniak stanie się zastarzałym i wyniszczy chorego.

CHIRURGIA SPORTU

Z Poradni Sportowo-Chirurgicznej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr Adolf Wojciechowski.*

W sprawie urazów nosa u bokserów

podali
L. Kenigstein i St. Tokarski.

Ostatnie lata zwiększającego się rozpowszechnienia sportu przyniosły nam pokaźną liczbę urazów części twarzowych czaszki. Często spotykamy się ze zranieniami i złamaniami nosa, jako najbardziej wystającą częścią szkieletu twarzy. Rzadko mamy do czynienia z urazami tylko zewnętrznych, względnie tylko wewnętrznych części nosa; przeważnie nawet mało widoczne zmiany urazowe części zewnętrznych kojarzą się z daleko idącymi zniekształceniami wewnętrznonosowymi.

W leczeniu złamań i zranień nosa bardzo ważne miejsce zajmują dwa zagadnienia, mające duże praktyczne znaczenie: 1) jaki jest najwłaściwszy czas do pierwszego wkroczenia, 2) w jak długim czasie po urazie można liczyć na niekrwawe nastawienie złamanych kości nosa.

Rozważając punkt pierwszy należy oddzielić uszkodzenia otwarte od złamań zamkniętych. W otwartych postępowanie jest zgodne z ogólnymi zasadami chirurgii — dążymy do szwu pierwotnego, o ile nie upłynęło więcej niż 24 g. od urazu. Przy postępowaniu w złamaniach zamkniętych słuszne wydaje się zdanie *G. Hofera*, który uważa, iż w ciągu 4 — 6 pierwszych dni nie należy wykonywać nastawiania złamania. Uzasadnia on swoje zdanie tym, iż nigdy nie wiemy, czy banalne, zdawało by się, złamanie kości nosa nie łączy się ze złamaniem podstawy czaszki w obrębie przedniego dołu czaszkowego. Jak wiemy

istnieje połączenie dołu czaszkowego przedniego poprzez lamina cribrosa — lamina perpendicularis ossis ethmoidalis z nosem i na tej drodze może wywiązać się zapalenie opon mózgowych. Oprócz tej drogi bezpośredniej zakażenie może się szerzyć również na drodze chłonnej lub żylnej. Ma to duże znaczenie, zwłaszcza podczas wewnętrznonosowych urazów, kiedy z powodu zwichnięcia lub złamań przegrody nosa powstają wylewy krwawe podchrząstkowe, bardzo łatwo ulegające zakażeniu. Wszelkie więc przedwczesne rękoczyny, jak nastawianie lub tamponada mogą stać się bodźcem do powstawania pourazowego zapalenia opon mózgowych. Oprócz tych powikłań mogą być komplikacje ze strony jam obocznych nosa, jeśli zostaną one wciągnięte w obręb złamań kości nosa. Przeczekanie 4 — 6-dniowego czasokresu jest też o tyle korzystniejsze, że pozwala to na ustąpienie wylewów krwawych i wtórnych obrzęków, co znacznie ułatwia postępowanie.

Uwagi powyższe potwierdza przypadek, obserwowany w Przychodni Sportowo-Chirurgicznej II Kliniki Chirurg. U. J. P., dotyczący boksera Z., który uległ złamaniu nosa. Rentgenologicznie potwierdzone złamanie kości nosowej prawej (rys. 1) zostało niezwłocznie nastawione. W kilka dni później chory zauważył duże, poduszkowate, niebolesne obrzmienie w obrębie prawego kąta oka i poniżej niego. Obrzmienie to po paru dniach na szczęście ustąpiło. Mieliśmy więc w tym przypadku, oprócz złamania kości nosowej, prawdopodobnie złamanie w obrębie kości sitowej, które objawiło się nieprzenikaniem powietrza, ale szczęśliwie nie uległo zakażeniu. W tym przypadku przeczekanie kilku dni ustrzegłoby chorego od powikłań.

Zdaniem *Neumana* (klinika wiedeńska) urazy nosa można podzielić na przypadki niepowikłane, do leczenia których można przystępować natychmiast i na przypadki powikłane, niekiedy z ranami otwartymi, których leczenie może być rozpoczęte po upływie paru dni, względnie po wygaśnięciu zakażenia.

Postępowanie Kliniki Laryngologicznej U. J. P., oparte zresztą na bardzo nielicznym materiale, który zgłasza się przeważnie w kilka dni po urazie, jest na ogół zgodne z powyższymi danymi, przy czym uważa się, iż nie należy traktować urazów nosa szablonowo, a odpowiednio je indywidualizować.

Laurens uważa, iż należy starać się reponować możliwie jaknajprędzej a kilkodniowy okres przeczekania jest zbędny: jedynie w przypadkach powikłanych radzi czekać, aż ustąpią komplikacje.

Jeśli chodzi o czas, w jakim po urazie można liczyć na niekrwawe nastawienie złamanych kości nosa, to przyjmujemy, iż



Rys. 1.

w ciągu pierwszego tygodnia po urazie złamane części dają się łatwo nastawić i wyleczenie jest zupełne; w ciągu drugiego tygodnia nastawianiu towarzyszą duże trudności, wyniki jednak są na ogół zadowalniające, choć nie zawsze pewne; w trzy tygodnie po urazie rzadko udaje się zrekonstruować złamane części, w czwartym — ustalenie jest przeważnie niemożliwe. *Laurens* uważa okres trzytygodniowy za czas prekluzyjny zwykłej repozycji; po tym terminie można myśleć tylko o krwawym nastawieniu.

Nie bez wypływu są tu zmiany, obserwowane przez *Zuckerlanda,* a potwierdzone rentgenologicznie przez *Löllkego,* iż między złamanymi odłamkami kości nosa powstają nie zrosty chrzęstno-kostne, a więzy łącznotkankowe. Duże znaczenie ma także wiek pacjenta, przy czym u ludzi młodych czasokresy wyżej podane są zwykle krótsze niż u ludzi starszych.

Technika nastawiania złamanych kości nosa nie jest jednolita i usystematyzowana; my uważamy, iż palce są bodaj najlepszym i najczulszym instrumentem, zaś wszelkie aparaty unieruchamiające i szyny są tylko środkami pomocniczymi.

Z pośród uszkodzeń wewnętrznonosowych główne miejsce zajmują urazy przegrody nosa. Widzimy tu zwichnięcia lub złamania zarówno części chrzęstnej, jak i kostnej przegrody. Spostrzegamy czasami uszkodzenia przegrody nosa bez przemieszczeń, których jedynym objawem, poza bolesnością, jest krwawienie; krwawienia te występują przy najmniejszych nawet urazach nosa, gdyż krwawi uszkodzona błona śluzowa. Niekiedy mamy do czynienia ze znacznym potrzaskaniem i przemieszczeniem przegrody nosa, prowadzącym do deformacji i upośledzeń drożności nosa, powodując zaburzenia w fizjologii oddychania. Zaburzenia te są najważniejszym powodem, kierującym chorych, a zwłaszcza zawodników sportowych do specjalisty. Materiał operacyjny Kliniki Laryngologicznej U. J. P. w dziedzinie resectio septi post traumam jest dość obfity, dając w większości przypadków restitutio ad integrum. Wczesne przypadki złamań wewnętrznonosowych dobrze nastawiają się na drodze tamponady pod kontrolą oka, przy czym najdogodniej używać tamponów gazowych, zmieniając je co 24 — 48 godzin, celem uniknięcia powikłań usznych. Urazom przegrody nosa towarzyszą wylewy krwawe, przedstawiające się w postaci poduszkowatych, bolesnych tworów, uniemożliwiających oddychanie; te krwiaki przegrody nosa ulegają w ciągu kilku dni resorbcji, mogą jednak łatwo ulegać zropnieniu, tworząc t. zw. ropień przegrody. Leczenie ropni przegrody jest łatwe, polega na nacięciu obustronnym i sączkowaniu. Jako zejście ropni przegrody i urazów kości nosowych mogą powstawać trwałe zniekształcenia zewnętrznej konfiguracji nosa w postaci nosa krzywego lub siodełkowatego, których leczenie wymaga operacji plastycznych.

Uwagi te omówiliśmy z myślą o lekarzach sportowych podczas wykonywania ich obowiązków na zawodach sportowych, w pierwszym rzędzie na meczach bokserskich, gdzie tak często spotykamy się z obrazem krwawienia z nosa. Ponieważ nie mamy możności ustalenia na miejscu istoty krwawienia, należy, zdaniem naszym, walkę przerywać mimo sprzeciwu zawodników i kierowników sportowych. W każdym przypadku urazu nosa uważamy za konieczne badanie wewnętrznonosowe przez specjalistę.

Uszkodzenie przedniej chrzęstnej części przegrody można nastawiać natychmiast, urazy zaś kostnej części przegrody i kości zewnętrznych nosa lepiej jest nastawiać po upływie paru dni, tym bardziej, iż odczekanie nie przynosi choremu żadnej szkody.

PIŚMIENNICTWO.

M. Schmidt: Die Krankheiten des oberen Luftwege. 1921, *Knick:* Ohren-Nasen-Rachen-Kehlkopfkrankheiten. 1926, *M. Spitzy:* Über den Zeitpunkt der Einrichtung von Nasenfraktur. Med. Wschr. N. 8. 1937. *G. Laurens:* Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. 1914, *B. Breitner:* Sportschäden und Sportverletzungen. 1937, *G. Saar:* Die Sportverletzungen. 1914, *W. Wachsmut* u. *H. Wolk:* Über Sportunfälle und Sportschäden.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Przypadek bąblowca wątroby

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

W związku z pracą *J. Petera* o torbieli bąblowca wątroby („Chirurg Polski" Nr 2/38) podaję w krótkości historię choroby oraz rentgenogramy przypadku własnego, operowanego w r. 1933 w Szpitalu Okręgowym w Brześciu n/B. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż rozpoznanie bąblowca zostało postawione przed operacją, głównie na podstawie badania rentgenowskiego, a zabieg potwierdził je całkowicie i spowodował zupełne wyleczenie.



Rys. 1.



Rys. 2.

Chory Fr. R., 33-letni podoficer zawodowy, został przeniesiony na oddział chirurgiczny z oddziału zakaźnego, gdzie leżał około 3 tyg. z powodu podejrzenia na dur brzuszny. Zachorował nagle przed kilku dniami — stan gorączkowy, bóle głowy i brzucha; ostatnio miewał stany podgorączkowe i zaparcia. Od roku zaczął odczuwać bóle w prawym nadbrzuszu podczas jazdy konnej i skoków. Poza tym był zawsze zdrów.

Badanie chorego wykazało obecność dużego guza w prawym podżebrzu, w okolicy pęcherzyka żółciowego. Badanie rentgenowskie *(mjr dr Mańkowski)* wykazało: przepona obustronnie prawidłowo ruchoma, opuszczenie trzew (gastroenteroptosis); zdjęcie okolicy pr. podżebrza (rys. 1) uwidoczniło kolisty obrączkowaty cień wielkości pomarańczy. Celem ustalenia rozpoznania wykonano cholecystografię doustną, której wynik był następujący (rys. 2): ostro zarysowany cień pęche-

rzyka żółciowego był umiejscowiony nisko (na wysokości wyrostka poprzecznego L 3) i wygięty swą dolną częścią ku linii środkowej ciała, obejmując od dołu widoczny tuż ponad nim wspomniany powyżej obrączkowaty cień. Na podstawie tego rentgenogramu wyłączono schorzenie pęcherzyka żółciowego, a rozpoznano torbiel wątroby, zapewne torbiel bąblowca. Odczynów serologicznych nie wykonano; badanie krwi: leukocytoza 9000, eozynofilów tylko 2%.

27.X 1933 dokonano w uśpieniu eterowym zabiegu operacyjnego z cięcia paramedialnego prawego. Na przedniej powierzchni prawego płata wątroby, w pobliżu jej dolnej krawędzi, stwierdzono obecność dużego guza, wielkości pomarańczy, znacznie wypuklającego się ponad powierzchnię wątroby i wrośniętego w jej miąższ. Ponieważ doszczętne wycięcie guza wraz z częścią wątroby było niewykonalne, przeto wybrano *marsupializację*, jako metodę postępowania: szeregiem szwów przyszyto otrzewnę trzewną wątroby dokoła guza do otrzewnej ściennej, po czym dokonano próbnego nakłucia guza cienką igłą. Powłoki brzuszne zamknięto nad guzem prowizorycznie, pozostawiając sączek gazowy. Wydobytą z guza treść płynną posłano do badania, które wykazało obecność w niej haczyków bąblowca.

3.X zdjęto szwy skórne, torbiel ponownie nakłuto i przepłukano 2% roztworem formaliny; 6.XI torbiel szeroko otwarto w dnie rany, nie obawiając się już możliwości zakażenia jamy otrzewnowej, do jamy torbieli wprowadzono sączek. W ciągu następnych 6 tygodni robiono opatrunki początkowo codziennie, później co 2 — 4 dni, przepłukując jamę torbieli formaliną. Wydzielały się mniejsze lub większe strzępy białawej, zbitej, grubej otoczki torbieli; wreszcie któregoś dnia wydobyto szczypczykami wielki pozostały płat otoczki, po czym jama wypełniła się szybko i rana zagoiła się. W końcu grudnia chory został wypisany z wnioskiem 6-tygodniowego urlopu. Kontrolne badanie w połowie 1934 r. wykazało dobry stan ogólny i pełną zdolność do służby wojskowej.

POSIEDZENIA

Z POSIEDZENIA T-WA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO z dnia 16.II 1938.

Pokazy z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński.*

Dr Paweł Hornicki:

PRZYPADEK WRZEKOMEGO OBOJNACTWA.

Chory lat 24, zgłosił się do szpitala podając, że od 7 miesięcy miewa napadowe bóle nad prawym talerzem biodrowym, połączone z nudnościami, a niekiedy i wymiotami. Przed 6 laty zauważył w pachwinie prawej obecność guzka, który powiększał się stopniowo aż do obecnych rozmiarów, nie sprawiając mu zresztą większych dolegliwości. Podawał dalej, że od 16 roku życia miewa krwawienia miesięczne, zjawiające się mniej więcej w odstępach 4-tygodniowych. Krwawienia te są dość obfite, niebolesne, nie pozostają w żadnym związku z oddawaniem moczu; mocz wszakże oddawany w okresie krwawień miesięcznych bywa często wyraźnie krwią podbarwiony.

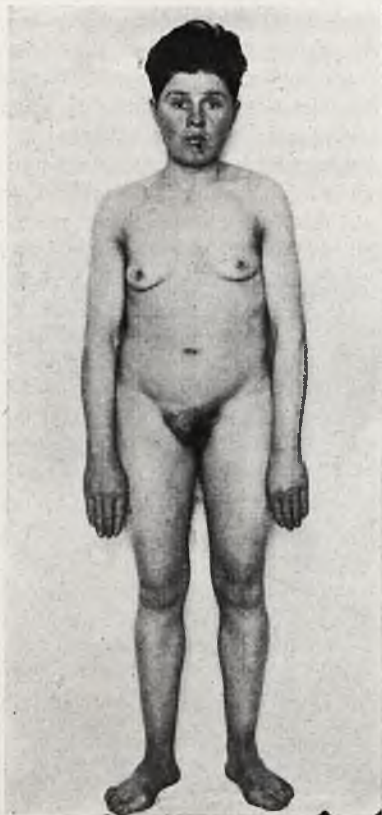
Z rozmowy z pacjentem dowiedzieliśmy się ponadto, że ukończył on 3 klasy szkoły powszechnej i uczył się dość dobrze. W dzieciństwie bawił się chętnie z dzieczętami, dziś szuka również towarzystwa kobiet, do których czuje popęd płciowy. Często miewa erekcje, po których z otworu znajdującego się na kroczu wycieka treść śluzowa. Mocz oddaje wyłącznie w pozycji w jakiej oddają go kobiety, kryjąc się z tym przed otoczeniem.

Zawsze ubierał się po męsku, nie ma żadnych zainteresowań do robót kobiecych i uważa się za mężczyznę. Nie ma zupełnie zarostu na twarzy i mimo kilkakrotnego golenia się zarost ten się nie zjawił. W 21. roku życia komisja poborowa ze względu na stwierdzone obojnactwo uznała go za niezdolnego do pełnienia służby wojskowej.

Z wywiadów rodzinnych dowiedzieliśmy się, że rodzice zmarli przed 15 laty, że ma 6-cioro star-

szego rodzeństwa: 4 siostry i dwu braci, przy czym wszyscy są zdrowi i rozwinięci zupełnie prawidłowo. Dziecko jednej z sióstr urodziło się z wilczą paszczą i po kilku dniach zmarło; poza tym w rodzinie nie było żadnych wad rozwojowych.

Oględziny zewnętrzne wykazały (rys. 1 i 2): wzrost 148 cm, waga 53 kg. Budowa ciała, poza narządami rodnymi, prawidłowa, o typie jednak



Rys. 1.

wyraźnie kobiecym, zaznaczającym się zwłaszcza w kształcie klatki piersiowej i miednicy: odległość międzykolcowa wynosi 24 cm, międzygrzebieniowa 26 cm, międzykrętarzowa 32 cm, sprzężna prawdziwa Bodeloque'a 17 cm. Owłosienie głowy i części płciowych zewnętrznych typowo kobiece, jedynie owłosienie okolicy odbytu odbiega od normy. Sutki duże, zwisające, posiadają dobrze wykształcone brodawki. Silnie przerosła łechtaczka przypomina swym wyglądem prącie. Długość jej wynosi 4,5 cm, a w stanie erekcji dochodzi do 7 cm., jest typowo łukowato ku dołowi wygięta, posiada dobrze wykształconą żołądź, długości 1,5 cm, z szerokim rowkiem zażołędnym, na który zachodzi krótki napletek. Na żołędzi brak jest otworu odpowiadającego ujściu cewki. Po dolnej powierzchni prącia w kierunku odbytu biegnie wąski pasek śluzówki, zagłębiony w postaci rowka, po obydwu zaś jego stronach widoczne są dobrze wykształcone wargi mniejsze. Kończą się one otworem, odległym o 5 cm. od odbytu. Do warg sromowych mniejszych przylegają od zewnątrz dwa płaskie fałdy skórne, odpowiadające wargom sromowym dużym, w górze znacznie od siebie rozsunięte, w dole zaś, na kroczu, zupełnie ściśle przylegające do siebie, jak gdyby ze sobą zrośnięte na pewnej przestrzeni, przypominając w tym



Rys. 2.

miejscu szew worka mosznowego. Otwór, odpowiadający wejściu do pochwy, o średnicy 1 cm., rzeczywiście prowadzi do szerszej nieco pochwy, długości 4,5 cm, posiadającej silnie pofałdowana, różową śluzówkę. Badanie przy pomocy uretroskopu wykazało w końcowej części pochwy obecność tworu, odpowiadającego części pochwowej macicy; obecności zewnętrznego ujścia macicznego nie udało się jednak wykazać. Na przedniej ścianie pochwy, w odległości mniej więcej 1 cm od otworu odpowiadającego wejściu do pochwy, widoczny jest otwór szczelinowaty, stanowiący ujście zewnętrzne cewki moczowej. Mamy więc do czynienia z zatoką moczopłciową. Przy badaniu przez

odbytnicę wyczuwa się obecność wąskiej pochwy, przechodzącej w szczątkową, silnie spłaszczoną w wymiarze przodo-tylnym macicę, od rogów której biegną w kierunku bocznym dwa symetryczne, wąskie, postronkowate twory, odpowiadające najprawdopodobniej trąbkom macicznym. Brak jest natomiast gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych.

W okolicy prawego kanału pachwinowego widoczne jest wypuklenie wielkości jaja gęsiego, (przepuklina pachwinowa), w którym wyczuwa się obecność tworu twardego, wielkości małego orzecha włoskiego, owalnego, o powierzchni gładkiej, tkliwego na ucisk.

Kilkakrotne badania wydzieliny śluzowej, wydostającej się przy erekcji z ujścia zatoki moczopłciowej (nie udało się ustalić czy z cewki, czy też z pochwy), wykazało jedynie obecność leukocytów, licznych nabłonków oraz śluzu, brak w niej natomiast zupełnie plemników.

Na podstawie przeprowadzonej pyelografii dożylnej i prześwietlenia przewodu pokarmowego można było wykluczyć równoczesne istnienie innych wad rozwojowych.

Do zabiegu przepukliny pachwinowej przystępowaliśmy z następującym planem: gdyby guz wyczuwalny we wrotach przepuklinowych okazał się jajnikiem — zabieg ograniczyłby się wyłącznie do zamknięcia wrót przepuklinowych; gdyby okazało się, że treść worka przepuklinowego stanowi dobrze rozwinięte jądro z najądrzem i nie nasuwały się żadne wątpliwości co do tego, czy nie mamy do czynienia z gruczołem obojnaczym (testovarium, względnie ovariotestis), to, uwzględniając życzenie pacjenta przekształcenia go w mężczyznę, otworzylibyśmy jamę brzuszną w linii środkowej i usunęli szczątkową macicę wraz z przydatkami. Gdyby jednak makroskopowo nie dało się pewnie rozstrzygnąć czy mamy do czynienia z męskim, żeńskim czy też z mieszanym gruczołem płciowym — nie pozostawałoby nam nic innego, jak tylko ograniczyć się przy pierwszym zabiegu do pobrania wycinka próbnego dla zbadania mikroskopowego i od wyniku tego badania uzależnić dalsze nasze postępowanie. Gdyby badanie to wykazało, że mamy do czynienia z gruczołem mieszanym z przewagą tkanki jajnikowej, względnie z jajnikiem, to, ponieważ po stronie lewej nie wyczuwamy obecności gruczołu płciowego, a według wszelkiego prawdopodobieństwa mógłby tam się znajdować tylko jajnik, nie będziemy usuwać narządów płciowych wewnętrznych i wytłumaczymy pacjentowi, że przekształcenie go w mężczyznę jest niemożliwe. W przeciwieństwie bowiem do autorów, którzy kierują się wyłącznie wolą obojnaka, stoimy na stanowisku, że przekształcenie go w trzebieńca przyniosłoby mu tylko szkodę; nie przypisujemy bowiem żadnej wartości następowemu przeszczepianiu jądra od innego osobnika, dotkniętego wnętrostwem.

Przy zabiegu okazało się, że mamy do czynienia z wrzekomym obojnactwem, że osobnik należy do płci żeńskiej, ponieważ posiada kobiece wewnętrzne narządy rodne: poza dwoma jajnikami stwierdzono obecność macicy i dwu trąbek wraz z właściwymi im krezkami i więzadłami. Badanie histologiczne wycinka pobranego z prawego jajnika wykazało prawidłowe utkanie gruczołu. W przypadku tym mamy do czynienia według nomenklatury *Klebsa* z *hermaphroditismus femininus externus*.

Dr Jerzy Jasieński wygłosił odczyt o *leczeniu surowicą zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego* (ogłoszono drukiem w Nr. 1/38 „Chirurga Polskiego").

Dyskusja:

Doc. Dr Szymanowicz podnosi, że w ostatnich czasach stosuje na swym oddziele *peritosan* w celach leczniczych i zapobiegawczych przy zabiegach ginekologicznych, zwłaszcza przy sprawach ropnych toczących się w przydatkach, wlewając do brzucha po skończonym zabiegu 2 ampułki surowicy. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń, obejmujących 12 przypadków, sądzi, że niczym nie jest usprawiedliwione negatywne ustosunkowanie się do leczenia surowicą tych operatorów, którzy nie chcą spróbować tego bezwzględnie nieszkodliwego dla chorych, a dużo obiecującego środka leczniczego. Nie ma bowiem powodu obawiać się wstrząsu anafilaktycznego, jeśli postępuje się w myśl wskazań prelegenta. Na swoim materiale nigdy nie obserwował tego przykrego powikłania, uzyskał natomiast niewątpliwie korzystne wyniki. Utkwił mu zwłaszcza w pamięci przypadek, nie mający z cierpieniem ginekologicznym nic wspólnego, który operował, gdyż chirurg upierał się, że nie należy do zakresu jego specjalności. Po otwarciu brzucha nie znaleziono punktu wyjścia toczącej się rozlanej sprawy ropnej. Przy przeszukiwaniu brzucha przypadkowo naddarta została jedna z najsilniej rozdętych pętli jelita cienkiego, przy czym wylało się do brzucha nieco kału. Otwór w jelicie natychmiast zaszyto, ropę wymaczano, po czym wlano

do brzucha surowicę i szczelnie zaszyto powłoki. Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki i chora opuściła szpital zagojona po 2 tygodniach. W przyszłości *doc. Szymanowicz* będzie też stosować surowicę przy zakażeniach połogowych, zwłaszcza zapaleniu otrzewnej i przy sposobności podzieli się z kolegami wynikami dalszych doświadczeń.

Dr Bilek, nawiązując do przypadku omówionego przez prelegenta, dotyczącego chorego z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej, którego stan po jednorazowym wstrzyknięciu surowicy bardzo wybitnie się poprawił, w szóstym dniu jednak wystąpiło nagle gwałtowne pogorszenie, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego, przypomina badanie *Hamburgera* i jego współpracowników. Badania te wykazały, że po podskórnym względnie domięśniowym wstrzyknięciu obcogatunkowego białka można wykazać jego obecność we krwi chorego, przy czym utrzymuje się ono w ciągu kilku dni na jednym poziomie. Dopiero zwykle między 5. a 7. dniem po wstrzyknięciu następuje gwałtowny spadek poziomu białka obcogatunkowego we krwi,dochodzący do 90% wprowadzonej jego ilości. Ilość obcogatunkowego białka oznaczano przy pomocy surowic skłaczających, bądź też obliczano ilość przeciwciał wprowadzonych w surowicy; zawartość przeciwciał we krwi chorego badano wychodząc z założenia, że przeciwciała są nierozerwalnie związane z wprowadzonym białkiem obcogatunkowym i że równolegle z tym białkiem zostają wydalone z ustroju, jak to wykazały dalsze badania *Hamburgera.* Utrzymywanie się surowicy obcogatunkowej we krwi chorego na jednym poziomie w ciągu 5 dni tłumaczy, dlaczego w omówionym przypadku wystąpiło nagle gwałtowne pogorszenie się stanu chorego właśnie w 6-tym dniu od wstrzyknięcia surowicy. *Dr Bilek* zaznacza w końcu, że badania przeprowadzone na oddziale zakaźnym szpitala św. Łazarza (prymariusz *prof. J. Kostrzewski),* mające na celu wykazanie w jakim czasie po wstrzyknięciu znika surowica obcogatunkowa ze krwi chorego, wypadły zupełnie zgodnie z badaniami *Hamburgera.*

Prof. dr M. Gieszczykiewicz podnosi, że pomyślny wpływ leczniczy surowic w leczeniu zapalenia otrzewnej znajduje pewne uzasadnienie teoretyczne w znanym od dawna fakcie, że bakterie chorobotwórcze wyjątkowo tylko przedostają się z otrzewnej do krwi, natomiast zachodzi tam silna resorbcja jadów i zatrucie nimi ustroju. Surowica stosowana przy zapaleniu otrzewnej jest wielowartościowa; zawiera ona też antytoksyny, wprawdzie nie przeciwko wszystkim bakteriom działającym w zapaleniu otrzewnej, lecz w każdym razie przeciwko niektórym, a zwłaszcza beztlenowcom, które w zapaleniu wyrostka robaczkowego odgrywają dużą rolę, jak na to wskazują badania, o których wspominał prelegent. Dlatego też działanie odtruwające surowic może ujawnić się w zapaleniu otrzewnej silniej, niż w innych sprawach ropnych. Co się tyczy nieswoistego działania surowic, to niewątpliwie ono istnieje, lecz mówca odnosi je raczej do wstrząsu koloidów pod wpływem wprowadzenia obcogatunkowego białka, niż do ciał odpornościowych normalnych, których zawartość w prawidłowej surowicy nie jest zbyt wielka. *Prof. Gieszczykiewicz* jest zdania, że sposób podawania surowicy stosowany przez prelegenta, a polegający na wstrzyknięciu większej ilości surowicy w czasie zabiegu i powtórzeniu iniekcji kilkakrotnie w ciągu 2—3 dni, jest najskuteczniejszy. Przypomina swoją publikację z czasów wojny, ogłoszoną wspólnie z *Szarfem* i *Sokołowską* o leczeniu surowicą czerwonki, gdzie również ten sposób podawania surowicy okazał się najlepszy. Sposób ten zapobiega też zbyt wczesnemu spadkowi zawartości ciał odpornościowych we krwi chorego, który zachodzi przeważnie z końcem pierwszego tygodnia po podaniu surowicy, jak to zaznaczył *dr Bilek.*

Niebezpieczeństwo wstrząsu anafilaktycznego jest przy sposobie leczenia obranym przez prelegenta naprawdę nieznaczne, zwłaszcza gdy się pierwszą dawkę podaje w uśpieniu. *Prof. G.* wyraża wreszcie zadowolenie z tego powodu, że chirurdzy, odnoszący się na ogół sceptycznie do bakterioterapii i seroterapii, okazali zainteresowanie dla sprawy leczenia surowicami zapalenia otrzewnej.

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 marca 1938 r.

Dr D. Kohan:

a) WYCIĘCIE LEWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY W PRZYPADKU CHOROBY HIRSCHSPRUNGA.

Chora l. 24 cierpiała od szeregu lat na zaparcia nawykowe: stolce co 4 — 7 dni i tylko po lawatywach, było kilka napadów wzdęć z objawami niedrożnościowymi. Rentgenologicznie

stwierdzono ogromną pętlę esicy; zabieg operacyjny miał na celu resekcję esicy. Wobec tego, że poza dużą esicą zstępnica była również paretyczna i ruchoma na długiej krezce, że nie była to więc tylko megasigma, ale choroba Hirschsprunga, wykonano lewostronną hemikolektomię z zespoleniem bok do boku. Przebieg pooperacyjny gładki, wynik dobry: samoistne codzienne wypróżnienia. Pokaz chorej, u której jeszcze pozostał duży brzuch.

b) WYCIĘCIE LEWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY W PRZYPADKU RAKA ZSTĘPNICY.

Chory 67-letni; od VI 36. wzdęcia, w VIII 36. krwawienia ze stolcem. Znajdował się pod opieką *dra Płockiera* i wykonane przezeń badanie rentgenowskie wykazało przerwę w cieniu kontrastu w obrębie zstępnicy,. a próba na krew w kale była stale dodatnia; objawów niedrożnościowych nie było. Na proponowany zabieg operacyjny (IX 36.) chory nie zgodził się. W styczniu 37. wystąpiło całkowite zamknięcie przewodu pokarmowego i choremu znajdującemu się w bardzo ciężkim stanie założono przetokę kątniczą; gdy groźne objawy ustąpiły, na zabieg radykalny znowu się nie mógł zdecydować. Dopiero gdy zgłosił się w IV 37. wykonano lewostronną hemikolektomię. Guz rakowy umiejscowiony w połowie zstępnicy przerastał mięśnie, które częściowo usunięto; założono zespolenie bok do boku. W przebiegu pooperacyjnym powikłanie ropniem powłok, rozejściem się mięśni i otrzewnej ściennej oraz sporym krwotokiem z t. krezkowej, który opanowano przez podwiązanie naczynia i przetoczenie krwi. W czerwcu 37. zamknięto coecostomię. Po tym zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze; dopiero w ostatnich czasach zjawiły się znowu wzdęcia i bóle. Badanie kału na krew daje obecnie wynik ujemny, wlewanka kontrastowa świadczy o dobrej drożności zespolenia, jednak kliniczne objawy upośledzonej drożności nasuwają podejrzenie zwężenia się anastomozy lub nawrotu sprawy nowotworowej. Pokaz chorego.

Dyskusja:

Dr Szper: Ponieważ sprawa chorobowa dotyczy głównie (w ¾ przypadków) esicy, w 20% poprzecznicy, a tylko w znikomym odsetku — zstępnicy, przeto w przyp. 1. można było ograniczyć się do wycięcia tylko esicy, gdyż zstępnica nie odgrywa tu roli. W r. ub. toczyła się już dyskusja na temat techniki tych zabiegów. W 3 własnych przyp. *Sz.* operował sposobem Seneque-Milhiet; jest to zabieg jednoczasowy, zespolenie po wycięciu nakłada się end to end, przy czym dwa paski gazy nawazelinowanej uzewnętrzniają odcinek, w którym znajduje się szew jelita; zwykle powstaje krótkotrwała (2—3 tyg.) przetoczka kałowa. Ostatnio operował w ten sposób przyp. choroby Hirschsprunga u 14-letniego chłopca, u którego wyciął 96 cm kiszki. Wobec różnicy kalibru zespalanych odcinków stosuje sposób Robineau, szyjąc dwupiętrowo: śluzówkę (katgutem) i podśluzówkę (katgutem lub jedwabiem). Zapytuje referenta o statystykę śmiertelności z powodu zapalenia otrzewnej, gdyż jednoczasowe zabiegi dawały b. wysoką śmiertelność.

Prof. Radliński operował 2 przyp. subtotalnego wycięcia okrężnicy, zeszywając koniec do końca po zmiażdżeniu bez otwierania światła; oba poszły gładko. Po resekcji kiszki grubej należy wcześnie podawać środki czyszczące, by kał był płynny, gdyż zagęszczony kał może uszkodzić zespolenie.

Doc. Butkiewicz ma zastrzeżenia co do techniki w 1. przyp., gdzie zespolenie nałożono antiperistaltycznie — tworzą się wtedy workowate rozdęcia powiększające się stopniowo; należy zespalać koniec do końca lub bocznie, ale izoperistaltycznie. Szew stosowany przez *prof. Radlińskiego* jest aseptyczny, jednak nie szyje się wtedy śluzówki, a zeszycie jej ma duże znaczenie. *Doc. B.* wykonuje resekcję jednoczasowo.

Dr Kohan w odpowiedzi: W szkole *prof. Radlińskiego* jelito grube zespalano zawsze bok do boku, biorąc pod uwagę gorsze ukrwienie ściany jelita, przeciwległej krezce. Zespalając bocznie jest się pewnym szwu i nie ma potrzeby sączkowania. Przy każdym zespoleniu bocznym wytwarzają się workowate rozdęcia, a zespolenie izoperistaltyczne jest technicznie trudniejsze od antiperistaltycznego. Wyniki własne: w żadnym z 6 przyp. hemikolektomii nie było powikłań otrzewnowych, a w dużym materiale byłej II Kliniki Chirurgicznej wyniki były również dobre.

Dr J. Kołodziejski:

a) ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA TĘTNIAKA TĘTNICY UDOWEJ.

Chory lekarz N. N. we wrześniu 1929 w przebiegu ostrej sprawy zapalnej (grypy) zauważył niewielki bolesny guzek na przyśrodkowej powierzchni lewego uda; przy ciepłocie rannej 36,4°, a wieczornej powyżej 39° i dreszczach guzek wzrastał, osiągając rozmiary pięści. Żadnych innych

danych w patogenezie tego tętniaka nie było. kiłowe tło wyłączono. Tętniak usunięto operacyjnie w 1929 r. *(dr Szarecki):* stwierdzono, iż był to tętniak istotny, o cechach zapalnych, umiejscowiony przy przejściu t. udowej do kanału Huntera. Tętniak podwiązano powyżej i poniżej i wycięto, podwiązano żyłę udową, ranę sączkowano. Chory po zabiegu wstał. *Dr K.* zobaczył chorego w 15 mies. po zabiegu i od tego czasu stale, 3 — 4 razy do roku bada go kontrolnie. W pracy o odległych wynikach po uszkodzeniach tętnic kończyn *(Babiński* i *Heist,* Arch. de maladies du coeur, sang, vaissaux, 1918), przytoczone obserwacje rozciągały się do 8 — 20 mies. — tu trwają prawie 9 lat. Początkowo były objawy niedomogi krążenia: sinica, zwłaszcza palucha, obniżenie ciepłoty, męczenie się kończyny i chromanie, różnica obwodów łydek na tle zastoju żylnego (+1½ cm). W r. 1932: tętnica stopowa tylna wyczuwalna, badanie oscilometryczne t. odpiszczelowej ponad kostkami: indeks 1½, ciśnienie Pachonem 100. W r. 1937: znaczna poprawa krzywej oscilometrycznej (indeks 2½, ciśnienie 130 — 135); tętno na a. doralis pedis i a. poplitea dobrze wyczuwalne.

Anatomiczne możliwości pulsacyjnego wypełnienia tętnic obwodowych po wycięciu t. udowej są dwie: albo ulega rozszerzeniu a. comitans nervi ischiadici i łączy się z t. podkolanową (stwierdzono to raz sekcyjnie we Francji: w przypadku tym w 20 lat po wycięciu t. udowej średnica rozszerzonej tętnicy towarzyszącej n. kulszowego wynosiła 3 — 4 mm); ma to uzasadnienie filogenetyczne, gdyż u ptaków jest to tętnica duża; drugą możliwość daje postępujący rozwój naczyń tylnych uda: a. perforans III (od a. profunda femoris) łączy się z a. poplitea. Anatomicznie krążenie to można uwidocznić za pomocą arteriografii; rozwija się ponadto krążenie przez masy mięśniowe w postaci wytworzenia się w nich gęstej sieci naczyniowej.

Jeśli po wycięciu tętnicy kończyna nie ulegnie zgorzeli, to należy przeprowadzić systematycznie dodatkowe postępowanie lecznicze, które w omawianym przypadku spowodowało zupełny powrót kończyny do normy. Leczenie to polega przede wszystkim na gimnastyce naczyń przez dwukrotnie dziennie stosowaną anemizację kończyny za pomocą opaski gumowej.

b) ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA TĘTNIC UDOWYCH.

Pokaz dwu przypadków zarostowego zapalenia tętnic, leczonych wycięciem t. udowej. W *przyp. 1.* niedomoga krążenia narastała od 8 lat; ostatnio kończyna sina, zimna, silne bóle; różnorodne leczenie bez wyniku, po diatermii pogorszenie; zgorzel palucha, owrzodzenia między palcami. Umiejscowienie zamknięcia tętnicy na wysokości przejścia a. femoralis communis w a. fem. superficialis. Operowany w XII 36. — wycięto 8 cm t. udowej. Obecnie pracuje; leczenie następcze przeprowadza mało systematycznie. W *przy. 2.* wykonano w r. 1936 arteriektomię na lewym udzie — niedrożność wysoka, wycięto 6 cm, podwiązano żyłę udową. Nekroza 5. palca uległa szybko demarkacji. W r. 1937 dolegliwości kończyny prawej — niedrożność była wątpliwa: pomimo że arteriografia wykazała drożność do połowy podudzia, to jednak badanie oscilometryczne t. podkolanowej dało w wyniku 0. Świadczy to o tym, że drożność anatomiczna jest niewystarczająca, konieczny jest jeszcze czynnik czynnościowy. Zabieg polegał na odsłonięciu i arteriotomii tętnicy: była ona wypełniona miękką skrzepliną, po usunięciu której nie osiągnięto przepływu krwi, nawet za pomocą masowania. Wycięto 6 cm t. udowej poniżej podziału, wykonano sympatektomię a. profundae femoris, która była stosunkowo długa, oraz podwiązano żyłą udową. Efekt zabiegu natychmiastowy: bóle zmniejszyły się, chory zaczął sypiać. Przeprowadzono leczenie następowe i powtarza się je nadal co pewien czas; pracuje obecnie jako rolnik; wprawdzie łatwiej się męczy i nie może szybko chodzić — uniknął jednak amputacji, poddając się tylko tym technicznie nietrudnym i niegroźnym zabiegom.

Dyskusja:

Prof. Wojciechowski wspomina o podobnym przypadku tętniaka t. udowej o nieznanej etiologii (nie było urazu, Wa —), znacznej wielkości i powodującym silne bóle oraz zaburzenia krążenia. Tętniak usunięto operacyjnie, rekonstrukcja naczynia była niewykonalna; podwiązano t. udową tym spokojniej, że krwawiła ona z odcinka obwodowego. Po upływie dwu lat kończyna wróciła niemal do normy, może pracować, zaburzenia spowodowane przez częściowe niedokrwienie znikły samoistnie, bez leczenia następczego. W tym przypadku wytwarzało się stopniowo krążenie oboczne — przy wolnym narastaniu przeszkody obawa poważniejszych zaburzeń jest mała.

Dr Szper zaprzecza większej częstości choroby Bürgera u semitów, niż u aryjczyków — wg jego obserwacyj ma się to nawet odwrotnie (na 6 przyp. w których wykonał epinefrektomię tylko 2 dotyczyły żydów). Wyniki po wycięciu t. udowej są trwalsze i lepsze, niż po sympatektomii. Ostatnio wyciął t. udową w 3 przyp. — demarkacja zgorzeli następuje po tym zabiegu szybko. Resekuje dużo: 10 cm i więcej, aż do odejścia drożnej bocznicy. Wyniki odległe nie są idealne, ale jest to chyba najlepszy sposób postępowania.

Dr Abramowicz: Duży materiał wycięcia tętniaków t. udowej miał *prof. Węglowski. Dr A.* miał w przyp. zarostowego zapalenia tętnic dobre wyniki po operacji Leriche'a, a nawet po zachowawczym leczeniu hormonami (follikulina Richtera) w połączeniu z naświetlaniami nadnerczy.

Doc. Szerszyński: Miażdżyca tętnic nie stanowi wg Leriche'a wskazania do wycięcia tętnicy, jednak w przypadkach połączonych z b. silnymi bólami może dać dobry wynik. W jednym przyp. *Sz.* wyciął 12 cm t. udowej powierzchownej; po 3 mies. wystąpiła zgorzel palców kończyny. Uważa, że przy istniejącej zgorzeli arteriektomia nie opłaca się.

Dr Kołodziejski: Przypadki podobne należy poddawać ścisłej analizie fizjopatologicznej i stosować odpowiednią metodę leczenia. Niedrożność anatomiczna dużego kanału tętnicy nie posiada tak wielkiego znaczenia, co tonus krążenia obocznego. Każdy odcinek tętnicy ma zapewne swój rejon, na który działa naczynioruchowo. W przypadkach, w których miażdżyca zajmuje drobne naczyńka tętnicze, arteriektomia, oczywiście, nie jest w stanie pomóc.

Dr. H. Levittoux:

a) TRZY PRZYPADKI PLASTYKI DASZKA BIODROWEGO.

Przyp. 1. Chłopiec 7-letni z jednostronnym wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego (okres spóźniony, który daje wyleczenie zaledwo w 50% jedno- i 25% obustronnych zwichnięć; 20% daje reluksację). Nastawienie było łatwe,



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

równie łatwo następowało ponowne zwichnięcie. Po 6 tyg. unieruchomienia w I pozycji Lorenza wykonano plastykę daszka, nie czekając na reluksację.

Przyp 2. U 13-letniej dziewczyny z dawno nastawionym wrodzonym zwichnięciem biodra wystąpiły w 11. roku objawy subluksacji: objaw Trendelenburga dodatni, skracanie się kończyny, kulenie. Próba nastawienia nie dała wyniku. Wykonano plastykę daszka, by zapobiec przesuwaniu się główki po talerzu.

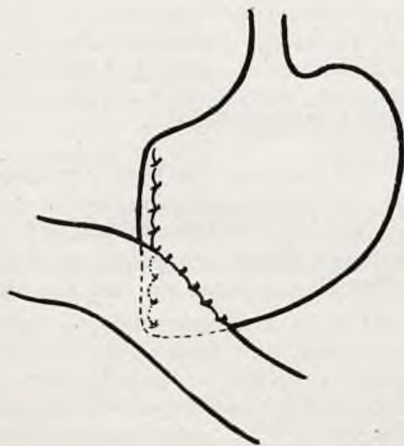
Przyp. 3. 13-letnia dziewczyna skarży się na bóle w biodrze i upadanie. Daszek może usunąć ból,

natomiast upadania, będącego wynikiem niewydolności m. pośladkowych, daszek nie jest w stanie usunąć.

Technika zabiegu: dostęp najdogodniejszy przez oddłutowanie krętarza (rys. 1), co daje także możność wydłużenia m. pośladkowych, przybijając później krętarz nieco niżej. Dłutem wykonuje się nad panewką cięcie półkoliste, po czym dzieli się ten łuk na szereg segmentów (rys. 2), które oddłutowuje się wygiętym kolankowato dłutem i odgina ku dołowi; same tylko te wióry kostne nie stanowią dostatecznie mocnego daszku, wbija się przeto powyżej nadgiętych segmentów wszczep kostny, pobrany z piszczela lub z górnej nasady k. udowej (rys. 3). Pokaz przypadku 3.

b) PRZYCZYNEK DO TECHNIKI WYCINANIA ŻOŁĄDKA.

Pokaz klemu *Glatzla,* ułatwiającego zamykanie linii cięcia żołądka przy wycinaniu w ten sposób, że uniemożliwia on wydostawanie się treści. Pokaz aparatu *Petza,* stanowiącego jednocześnie miażdż żołądkowy i przyrząd do automatycznego błyskawicznego zamykania linii cięcia za pomocą drobnych srebrnych klamerek. Po



Rys. 4.

przecięciu żołądka między dwiema liniami tych klamerek, wgłabia się je szwem ciągłym, a klamerki odchodzą po pewnym czasie per vias naturales. *Dr L.* wykonał w 4-ech przyp. resekcję Reichel-Polya w modyfikacji Finsterera aparatem Petza, stosując przy tym technikę *Verebeli* (połączenie kątowe żołądka z jelitem, dogodne do wykonania, gdy kikut żołądka jest mały — rys. 4).

Dyskusja:

Prof. Wojciechowski: Szwy klamerkowe Petza są wodoszczelne, jak przekonano się na wyciętych częściach żołądka; wgłabianie tego szwu jest b. łatwe. Należy dokładnie założyć klamerki do aparatu przed zabiegiem, by nie narazić się na przykre trudności.

Prof. Radliński jest zwolennikiem metod jaknajprostszych: np. pętlę jelita przyszywa do żołądka szwem jedno-, wyjątkowo dwupiętrowym. Stosowanie „maszyn do szycia" nie przemawia mu do przekonania. Znacznie większe trudności niż przy zeszywaniu żołądka, spotkać można przy zamykaniu dwunastnicy.

Doc. Zaorski: Zastosowanie przyrządu Petza skraca znacznie czas zabiegu; klamerki zostają czasem długo i nie wiadomo, czy nie mogą powodować powstania wrzodu. Do zamykania dwunastnicy istnieje taki sam przyrząd mniejszych rozmiarów, ale nie zawsze można go z łatwością zastosować.

Doc. Butkiewicz widział w Budapeszcie około 10 przyrządów Petza różnych wymiarów. Już jest jednak opisany przypadek wrzodu trawiennego na tle klamerki Petza, poza tym zastrzeżenie budzi duży pas zmiażdżonej ściany żołądka, wpuklony do środka. Klem Glatzla jest drogi (400 zł) i nieszczelny. Finsterer ma najlepsze wyniki, a wykonuje wycięcie żołądka i szycie jaknajprościej. *Doc. B.* wcale nie używa klemów przy resekcji.

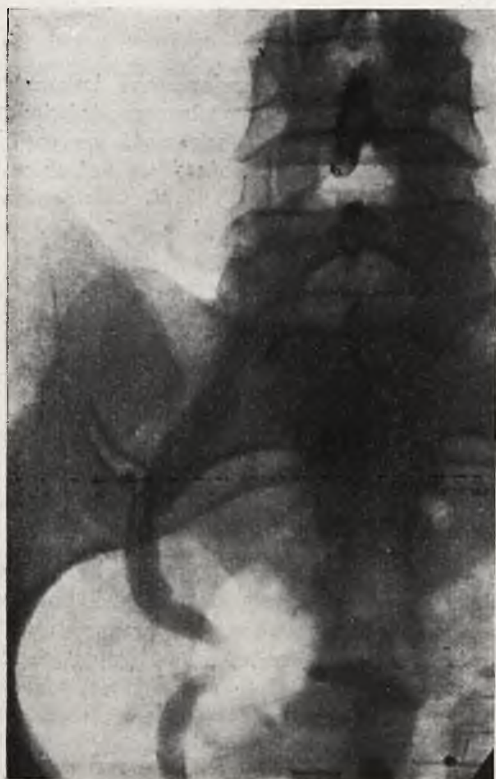
Dr B. Endelman:

DWA PRZYPADKI PRZETOK MOCZOWODOWYCH.

(Str. własne)

Przypadek 1. Chora l. 34 przybyła na oddział ginekologiczny 23.VI 37. Po 10 dniach dokonano u niej usunięcia torbielowato zwyrodniałego trzonu macicy, zapalnie zmienionej lewej trąbki macicznej i prawego jajnika. Podczas zabiegu zostało otwarte pr. przymacicze; ranę sączkowano. Nazajutrz po zabiegu stwierdzono wydzielanie się moczu przez ranę operacyjną. Chora gorączkowała przez 2 tyg. Pyelografia dożylna (28.VII) wykazała: znaczny stopień prawostronnego wodo-

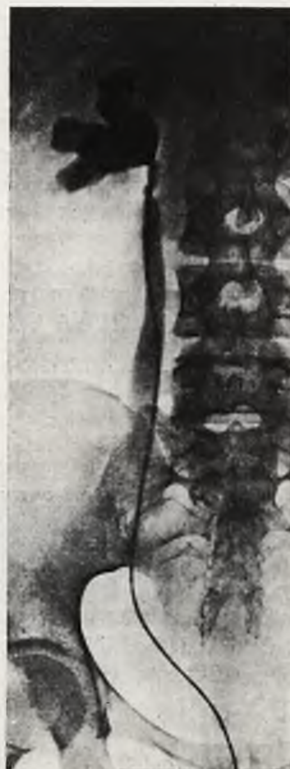
sercza; moczowód prawy w dolnym odcinku nie uwidocznił się na zdjęciu; lewostronne drogi moczowe bez odchyleń od normy. W tym stanie chora została przeniesiona 2.VIII na oddział *dra Wertheima*. Badanie wziernikiem pęcherzowym: pęcherz moczowy b. z.; indygokarmin wstrzyknięty dożylnie wydzielił się z lewego moczowodu po 4 min., z prawego zaś po upływie 15 min. nie stwierdzono żadnego zabarwienia; cewnik moczowodowy wprowadzony do pr. ujścia zatrzymuje się na wysokości 8 cm. Uretrografia dożylna wykazuje, że moczowód w tym miejscu załamuje się, jak gdyby czymś przyciągnięty w kierunku ku linii środkowej ciała (rys. 5). Część płynu kontrastowego przedostaje się do górnego odcinka, reszta zaś wydziela się przez ranę operacyjną.



Rys. 5.

Po kilku dniach wprowadzając ponownie cewnik udało mi się oderwać moczowód od przytrzymującego go szwu: moczowód wyprostował się, a przetoka zamknęła się w ciągu krótkiego czasu. Kontrolna pyelografia wykazuje dobrą czynność pr. nerki, a na przebiegu moczowodu brak przeszkód w odpływie moczu.

Przypadek 2. Chora l. 38. Rodziła 5 razy, wszystkie porody kleszczowe. 8 lat temu po drugim porodzie powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa, która zagoiła się samoistnie na cewniku po 2 tyg. Następne 2 porody bez powikłań ze strony dróg moczowych. Ostatni poród przed 5 mies. Natychmiast po porodzie zauważono wyciekanie moczu przez pochwę, jednocześnie chora oddawała mocz drogą prawidłową. Dokładne badanie wykazało, że mamy do czynienia z prawostronną przetoką moczowodowo - pochwową. Cewnik moczowodowy zatrzymywał się na wysokości 2½ cm od ujścia moczowodu. Pyelografia przedoperacyjna wykazała rozszerzenie miedniczki prawej. W dolnym odcinku moczowód wąski, w bliznach. Mocz wydziela się do małej jamki i stąd do pochwy. Otwór ten jest widoczny w prawym bocznym sklepieniu w pobliżu szyjki macicznej.



Rys. 6.

8.II 38. przystąpiłem w asyście mego szefa, *dra Wertheima* do operacji. Cięcie boczne pozaotrzewnowe; odnaleziono moczowód i odpreparowano go do miejsca zbliznowacenia. Moczowód

przecięto, dolny odcinek podwiązano katgutem, górny zaś wszczepiono do prawego szczytu pęcherza sposobem Sampsona: dolny odcinek wszczepionego moczowodu nacięto na długości 4 cm, uzyskując rozdwojenie ściany; te dwa płaty przyszyto do ściany pęcherza nitkami przebiegającymi w kształcie litery U; kilka szwów pojedyńczych na ścianę pęcherza; cewnik Pezzera. Przebieg pooperacyjny gładki. Cewnik z pęcherza usunięto po 10 dniach. 26.II chora wypisana z raną całkowicie zagojoną. Pyelografia dożylna wykazuje znaczne jeszcze rozszerzenie miedniczki i moczowodu. 17.III badanie wziernikiem wykazuje na górnej prawej ścianie pęcherza lekko zaczerwienione ujście wszczepionego moczowodu. Cewnik wchodzi doń łatwo. Wodonercze i rozszerzenie moczowodu znacznie mniejsze niż przed 2 tygodniami (rys. 6). Chora czuje się dobrze.

Jak widać, często udaje się uratować nerkę przez zastosowanie odpowiedniego leczenia. Sam mam na sumieniu 2 nerki, które usunąłem z powodu przetok moczowodowych poporodowych. I chora i lekarz zazwyczaj chcą jaknajprędzej zlikwidować źródło przetoki i, jako najprostsze, decydują się na nefrektomię. Przy obecnym stanie chirurgii dróg moczowych, kiedy jesteśmy w stanie ratować nerkę wszczepiając uszkodzony moczowód do pęcherza lub jelita, musimy przeczekać tylko niezbędny przed zabiegiem okres 6 — 8 tygodni; gdyby okres ten był połączony z objawami zapalenia miedniczki, wysoką ciepłotą i bólami, wtedy wskazane jest wytworzenie przetoki nerkowej, do czasu odpowiedniego załatwienia kilkuta moczowodu. Przypuszczam, że tym sposobem można w większości przypadków uratować tak ważny dla ustroju narząd, jakim jest nerka.

Dyskusja:

Dr Datyner winszuje referentowi doskonałych wyników — na podstawie własnego doświadczenia bowiem twierdzi, że większość przypadków przetok moczowodowych kończy się nefrektomią.

H. Ciszkiewicz.

POSIEDZENIE KLINICZNE WARSZAWSKIEGO KOŁA TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO

w Instytucie Chirurgii Urazowej dnia 28 marca 1938 r.

Dr H. Ciszkiewicz:

PRZYPADEK TĘTNIAKA RZEKOMEGO TĘTNICY PACHOWEJ ORAZ PORAŻENIA SPLOTU BARKOWEGO PO POSTRZALE.

(str. własne)

27-letnia chora B. I. przy manipulowaniu pistoletem postrzeliła się przypadkowo 28.XI 37 r. w okolicę pachy lewej. Podaje, że bezpośrednio po zranieniu kończyna górna lewa uległa gwałtownemu skurczowi, po czym opadła bezwładnie. Małe ranki wlotowa i wylotowa zagoiły się po upływie tygodnia w leczeniu domowym, natomiast pozostało porażenie kończyny z wyjątkiem stawu barkowego: ani śladu ruchów czynnych w łokciu, ledwo dostrzegalne ruchy zgięcia palców 4. i 5. W tym stanie chora przybyła do Instytutu dn. 7. XII 37. Z pod strupa na rance wlotowej pokazała się z kanału postrzałowego skąpa wydzielina ropna.

Po odczekaniu kilku tygodni (ze względu na wydzielinę ropną), wobec stałego ponaglania przez chorą przystąpiono 14 stycznia do zabiegu operacyjnego w uśpieniu sennarkolowo-eterowym *(płk dr Sokołowski)*. Z dużego cięcia otwarto dół pachowy i stwierdzono tu obecność guza wielkości sporej śliwki, sinawo zabarwionego, na przebiegu tętnicy pachowej; w otaczającej zbliznowaciałej tkance przebiegały dokoła guza pnie nerwowe splotu barkowego. Wypreparowano je ostrożnie, miejscami na ostro, z blizny i mocnych zrostów ze ścianą tętniaka, po czym dokonano endoneurolizy przez nastrzykanie fizjologicznym roztworem soli z nakłuć cieniutką igiełką. Wobec istnienia dobrze wykształconego krążenia obocznego tętniak wyłączono za pomocą podwiązek i wycięto wraz z krótkim odcinkiem tętnicy pachowej. Ranę zeszyto szczelnie, co, ze względu na świeżo wygasłe zakażenie, okazało się w skutkach niekorzystne. Już w kilka dni po zabiegu doszło do dość groźnego ropienia w dole pachowym, a później do zacieków ropnych pod m. piersiowym i na ramieniu, co w stopniu znacznym upośledziło wynik czynnościowy po zabiegu. Trzeba było jeszcze wykonać dwa nacięcia ropowicy i drenować ją; ciężki stan ogólny podtrzymywano dwukrotnym wlaniem dożylnym krwi konserwowanej (po 250 cm^3 grupy 0).

Obecnie stan ogólny chorej uległ znacznej poprawie, rany pooperacyjne są wygojone. Ruchy w porażonej uprzednio kończynie poprawiają się szybko, jakkolwiek zakres ruchów w barku i łokciu jest jeszcze ograniczony wskutek zbliznowaceń po ropowicy; zakres działania nerwu promieniowego zwiększa się stale: czynne unoszenie dłoni i prostowanie palców, które wkrótce po operacji było ledwo zaznaczone, ulega stałej poprawie. Oczywiście, że stan obecny daleki jest jeszcze od końcowego wyniku, gdyż jak wiadomo trzeba nań czekać miesiącami.

Przedstawiam przypadek ten w zbyt wczesnym może jeszcze na pokaz okresie z następujących względów:

1) jako przypadek rzekomego tętniaka pourazowego tętnicy pachowej; okres 6 tyg., dzielący zabieg operacyjny od zranienia, wystarczył zupełnie do wytworzenia się krążenia obocznego, tak że wycięcie zmienionego odcinka tętnicy nie wpłynęło ujemnie na krążenie w kończynie. Natomiast ze względu na utajone zakażenie zabieg był wykonany przedwcześnie, a w każdym razie należało drenować ranę, co albo zapobiegłoby powikłaniu ropnemu, albo zmniejszyłoby jego nasilenie;

2) jako przykład, że tkanka nerwowa jest bardzo odporna na toczący się w otoczeniu proces ropny, gdyż w tym przypadku powrót czynności nerwów ma przebieg zupełnie prawidłowy, jak gdyby nie było powikłania ciężką ropowicą;

3) ze względu na ujawnienie się w przebiegu pooperacyjnym ciekawego współistniejącego cierpienia, które omówi *dr Ambros.*

Dr Z. Ambros:

PRZYPADEK CHOROBY SCHEUERMANNA.

(str. własne)

Oprócz zasadniczego schorzenia stwierdzono u chorej współistniejącą *kifozę młodzieńczą,* która swym przebiegiem klinicznym odchyla się od klasycznych norm, zakreślonych przez *Scheuermanna* — i z tego względu zasługuje na szersze omówienie.

Dane kliniczne naszego przypadku przedstawiają się następująco:

Chora lat 27, wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia miernego. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Chorób zakaźnych nie przechodziła.

W dzieciństwie ani w wieku dorastania żadnych dolegliwości ze strony kręgosłupa nie zauważyła. Dopiero po porodzie odbytym przed 5 laty zaczęła odczuwać bóle w obrębie kręgosłupa piersiowego, lekko opasujące, występujące głównie po zmęczeniu i większym ruchu. Bóle te uspakajały się po wypoczynku w pozycji leżącej.

Stan taki utrzymywał się przez kilka miesięcy, nie upośledzając sprawności fizycznej, tak że chora mogła w początkowym okresie uprawiać wszelkie sporty i gimnastykę. Stopniowo zaczęło się zaznaczać pewne usztywnienie części piersiowej kręgosłupa, hamujące wychylenia boczne tułowia. W okresie tym nie zauważyła jednak żadnego uwypuklenia pleców, a nawet nasilenie bólów zaczęło się powoli zmniejszać.

W ostatnich miesiącach przed przybyciem do szpitala chora czuła się względnie dobrze, a ponieważ prowadziła w tym czasie mało ruchliwy tryb życia, nie odczuwała żadnych dawnych dolegliwości w kręgosłupie i myślała, że sprawa uległa już zupełnemu uspokojeniu.

W czasie pobytu chorej w Instytucie stan jej choroby skazał ją na długie leżenie w łóżku, w związku z zabiegiem operacyjnym i następowymi powikłaniami. W czasie leżenia w łóżku nie skarżyła się na żadne dolegliwości ze strony kręgosłupa.



Rys. 1.

Dopiero w okresie rekonwalescencji zauważyła wyraźne zaokrąglenie pleców nie dające się znieść czynnie. Ruchomość kręgosłupa w odcinku piersiowym jest upośledzona na wychylenia boczne w stopniu znaczniejszym aniżeli przed rokiem. Bolesności samoistnej ani przy próbach ruchów nie odczuwa.

Stan miejscowy: W zakresie kręgosłupa piersiowego (rys. 1) stwierdza się łukowate wygię-

cie kolumny ku tyłowi, nie dające się znieść ani czynnie, ani biernie (kifoza ustalona). Łuk ten rozpina się pomiędzy 1. a 11. kręgami piersiowymi a szczyt jego łagodnie zaokrąglony znajduje się na wysokości D 7. — 10. Trzony kręgów w obrębie wypuklenia nie bolesne na ucisk bezpośredni ani przy próbach zginania tułowia. Nie można też wykazać w tym odcinku kręgosłupa bolesności pośredniej z przeniesienia przy nacisku na barki.



Rys. 2.

Wykonany rtg. (rys. 2) wykazał w rzucie bocznym wygięcie kifotyczne kręgosłupa piersiowego. Na szczycie wygięcia trzony kręgów mają kształt lekko kilnowaty, przy czym podstawy ich zwrócone są ku tyłowi. Zarysy tych kręgów zaznaczone, a powierzchnie ich lekko falisto-nierówne.

Tarcze kręgowe pomiędzy D 7. — 11. spłaszczone, na wysokości D 8. stwierdza się obecność cienia wielkości ziarna prosa, odpowiadającego guzkowi chrząstkowemu tzw. przepuklince Schmorla. Pozostałe kręgi bez wyraźniejszych zmian.

Kyphosis adolescentium — opisana po raz pierwszy przez *Scheuermanna* — występuje jako powoli i stopniowo zaznaczające się wypuklenie w piersiowej części kręgosłupa, najczęściej między 11. i 19. r. życia. Schorzenie to już po 20. roku życia występuje bardzo rzadko.

Stopniowemu przypłaszczeniu ulega jeden lub więcej kręgów i zależnie od tego wygięcie przybiera postać większego lub mniejszego łuku. Objawy choroby Scheuermanna występują zwykle około 16 r. życia, częściej u dziewcząt aniżeli u chłopców.

Charakterystycznym objawem tego schorzenia są w okresie początkowym bóle, występujące głównie po wysiłkach fizycznych, a znikające zupełnie po wypoczynku w pozycji leżącej.

W początkowym okresie cierpienia kręgosłup nie wykazuje jeszcze żadnych zmian. Dopiero po szeregu miesięcy zaczyna się stopniowo zaznaczać zaokręglenie pleców, dające się czynnie wyprostować. Kifoza ta ma kształt łukowaty. Szczyt jej znajduje się na wysokości 7. — 10. kręgu piersiowego. Trzony kręgów, znajdujących się na szczycie łuku, przybierają kształt klinów, zwężających się od tyłu ku przodowi.

Zmienione kręgi nie są bolesne ani na ucisk bezpośredni, ani pośredni. Przy badaniu stwierdza się niedostateczne wyrównanie krzywizny i wyraźne unieruchomienie kręgosłupa na szczycie łuku, gdzie zmiany kręgów są największe.

Rozpoznanie cierpienia opiera się głównie na rentgenogramach: szczególnie na zdjęciach bocznych kręgi na tej wysokości mają kształt klinowaty, podstawy ich zwrócone są ku tyłowi. Zarysy kręgów są niewyraźne, zamazane, powierzchnie ich są faliste i nierówne.

Prócz zmian w konturach samych kręgów stwierdza się na rtg. spłaszczenie tarcz międzykręgowych oraz guzki Schmorla na różnych wysokościach kręgosłupa.

W odróżnieniu od gruźlicy tarcze międzykręgowe są zachowane, a trzony kręgów nie wykazują ognisk ani ubytków w istocie korowej.

Etiologia tego cierpienia jest dotychczas nieustalona i szereg autorów przedstawiło rozmaite, często wręcz odmienne hipotezy, mające wyjaśnić istotę schorzenia.

Scheuermann przypuszczał, że chodzi tu o sprawę chorobową, zaczynającą się pomiędzy nasadą a kręgiem i twierdzi, że kifoza młodzieńcza jest następstwem zaburzeń na tle odchyleń rozwojowych kręgów. Przypuszczenia te nie znalazły potwierdzenia w badaniach anatomo-patologicznych.

Badania *Schmorla* wykazały, że dla kyphosis adolescentium charakterystyczna jest obecność w kręgosłupie przepuklinek chrząstkowych. Zdaniem jego samo skrzywienie kręgosłupa jest zjawiskiem wtórnym, pierwotne zaś są zmiany w chrząstkach tarczek międzykręgowych, które sprowadzają następowe deformacje trzonów kręgowych. Zmiany w tarczach międzykręgowych, jakie rozwinąć się mogą na tle urazów i schorzeń chrząstki, wpływają na zmiany ich konfiguracji i powodują tworzenie się guzków Schmorla.

W przypadku naszym podkreślić należy przede wszystkim późne wystąpienie schorzenia. Po 20. roku życia, jak to podnoszą zgodnie wszyscy autorzy, choroba Scheuermanna występuje niesłychanie rzadko. W omawianym przypadku cierpienie to rozwinęło się w 22. roku życia u kobiety zawsze zdrowej, dobrze zbudowanej i wysportowanej, a więc o silnym i wyrobionym aparacie mięśniowo-więzadłowym.

Zasługuje na podkreślenie jeszcze ta okoliczność, że schorzenie to ujawniło się bólami kręgosłupa piersiowego po odbytym porodzie.

Hanson i *Mau* uważają, że zjawiska zachodzące w tej sprawie chorobowej odpowiadają zmianom, jakie zachodzą przy osteochondritach stawów i tłumaczą je martwicą chrząstki podobną do choroby Legg-Calvé-Perthesa.

Stanowisko tych autorów podzielają częściowo *Baranny* i *Koppenstein*, którzy zaliczają chorobę Schmorla, oraz zwapnienie spotykane w tarczach międzykręgowych przy spondylosis deformans do jednej grupy arthro-burso-pathii.

Schanz tłumaczy powstawanie kifozy młodzieńczej tzw. statyczno-mechaniczną niewydolnością kręgosłupa. Ta niewydolność rozwija się wtedy, gdy jego siła nośna zostaje przekroczona przez nadmierne obciążanie. W wieku młodzieńczym zaznaczyć się ona może łatwo, skutkiem niedostatecznego wykształcenia mięśni w stosunku do wzrostu kręgosłupa. Zdaniem *Schanza* zaokrąglenie piersiowej części kręgosłupa, jako też boczne jego skrzywienie, występują szczególnie łatwo wtedy, gdy zewnętrzne warunki sprzyjają powstawaniu kifozy. I tak np. długie siedzenie młodzieży w źle skonstruowanych ławkach szkolnych przyczynić się może do skrzywienia kręgosłupa, gdyż zbyt słabe mięśnie pleców nie są w stanie utrzymać kręgosłupa przez czas dłuższy w pozycji wyprostowanej. Wytłumaczenie powstania tego cierpienia mogłoby być następujące:

1) Można by przyjąć za *Schanzem*, że u naszej chorej wystąpiła niewydolność kręgosłupa wywołana jego przeciążeniem w okresie ostatnich miesięcy ciąży. Przeciwko temu zazatrywaniu przemawia jednak to, że była ona kobietą silną, wysportowaną, o dobrze wyrobionych mięśniach, zdolnych do utrzymania kręgosłupa w pozycji wyprostowanej. Poza tym cierpienie to nie ujawniło się w ostatnich miesiącach ciąży, ale już po odbytym porodzie, kiedy kręgosłup nie był już przeciążony.
2) Zapatrywania *Scheuermanna* nie tłumaczą naszego przypadku: cierpienie wystąpiło w okresie ukończonego wzrostu i trudno je odnieść do zaburzeń rozwojowych kręgów.
3) Zmiany w tarczkach międzykręgowych, zgodne z opisami *Schmorla,* nie wyjaśniają etiologii cierpienia u naszej chorej, gdyż nie ma tu urazu, któryby sprowadził uszkodzenie tarczy międzykręgowej i następowe powstanie kifozy.
4) Z uwagi właśnie na okoliczność, że cierpienie to zostało wywołane odbytym porodem, jesteśmy skłonni przyjąć stanowisko *Mau* i *Hansona.*

Widocznie poród i związane z okresem ciąży zaburzenia korelacji gruczołów dokrewnych spowodowały schorzenie tarczek międzykręgowych, którego zejście ujawniło się wystąpieniem choroby Scheuermanna.

Ostatnio mieliśmy możność obserwowania w Instytucie kilku chorych, u których po odbytych porodach rozwinęły się „athropathie" w zakresie kręgosłupa, stawów krzyżowo - biodrowych i stawów biodrowych.

Zjawiska te nie mają dotychczas klinicznego wytłumaczenia. Niewątpliwie ciąża i poród są jednym z momentów, które wywołać mogą schorzenia zaliczane przez *Mau* i *Hanzona* do nieokreślonej ściśle grupy „arthro-burso-pathii".

Dyskusja:

Dr Levittoux uważa, że choroba Scheuermanna istniała u chorej już od dawna, a ciąża była tylko momentem wywołującym, wskutek zachwiania równowagi gospodarki wapniowej; przyczyną bólów są zmiany statyczne. U młodzieży szkolnej często stwierdza się t.zw. dorsum rotundum — granicę między tą sprawą a chorobą Scheuermanna trudno przeprowadzić. Powstanie cierpienia można wytłumaczyć w sposób następujący: u tych osobników, u których blaszka korowa trzonów kręgowych jest b. cienka, nucleus pul posus wgniata i wygina te blaszki; ponieważ od tyłu kręgi są podparte przez wyrostki stawowe, dlatego proces nasiadania kręgów występuje od

przodu, co powoduje wygięcie kręgosłupa w sensie kyphosis. Inne przypuszczenie tłumaczy to wygięcie dysproporcją pomiędzy wzrostem mostka a kręgosłupa. Przepuklinki Schmorla zdarzają się często w chorobie Scheuermanna, ale nie są wyłącznie swoiste dla tej sprawy.

Dr Sokołowski podkreśla rolę ciąży w tej sprawie, jako powodującej zaburzenia w statyce i powołuje się na analogię do przypadków wrodzonego nadwichnięcia biodra: chore te przez dłuższy czas były uważane i uważały siebie za zupełnie zdrowe, a dopiero podczas lub po ciąży zjawiały się u nich bardzo silne bóle, tłumaczące się niedomogą statyczną. W obserwowanych kilku przypadkach znaczną poprawę dawały stosowane, wg zasad Leriche'a, wstrzykiwania do mięśni loco dolenti środków znieczulających.

Dr Ambros stwierdza na podstawie dokładnie przeprowadzonych wywiadów, że pierwsze dolegliwości ze strony kręgosłupa wystąpiły u chorej dopiero w 22. roku życia. Mechanizm powstawania cierpienia tłumaczy się przede wszystkim zmianami w chrząstkach międzykręgowych; odegrywają one dużą rolę w fizjo- i patologii kręgosłupa: wg Unstedta chrząstki stanowią ¼ długości kręgosłupa, a i w warunkach fizjologicznych zachodzą w nich poważne zmiany (np. wydłużanie się kręgosłupa po leżeniu).

Dr T. Wagner.

DWA PRZYPADKI ŹLE ZGOJONYCH ZŁAMAŃ KOŚCI UDOWEJ.

(str. własne)

Przypadek 1. H. Z. lat 14. W dniu 28.X 1937 r. spadł z roweru doznając złamania lewego uda. Tegoż dnia przywieziony do szpitala, gdzie był leczony na wyciągu plastrowym przez sześć tygodni. Zgłosił się do Instytutu 18 stycznia 1938 r., a więc po upływie prawie 12 tygodni, z powodu znacznego skrócenia kończyny złamanej.



Rys. 3a.



Rys. 3b.

Przy badaniu stwierdzono: skrócenie kończyny dolnej lewej ponad 5 cm, duża blizna kostna w górnej połowie uda, oś uda zarysowana prawidłowo. Chory pomimo skrzywienia bocznego kręgosłupa o typie wyrównawczym, wyraźnie upada na lewą nogę. Ruchy stawu kolanowego lewego bardzo nieznacznie ograniczone; zaniki mięśniowo słabo wyrażone.

Rtg. (rys. 3 a, b): złamanie skośne kości udo-

wej zgojone, oś kości udowej w obu płaszczyznach bardzo dobra, znaczne przemieszczenie ad longitudinem.

O rozklinowaniu bezkrwawym w tym przypadku nie mogło już być mowy. Wychodząc z założenia, że pozostawić tak chorego niepodobna, ze względu na duży stopień kalectwa, a mając takie atuty w ręku, jak młody wiek chorego, dobry stan tak stawu kolanowego jak i mięśni kończyny, zadecydowano zabieg operacyjny.

W dniu 19 stycznia b. r. w uśpieniu sennarkolowo-eterowym przystąpiliśmy do zabiegu operacyjnego *(Dr Wagner)* Cięcie między mięśniem prostym uda, a głową boczną mięśnia czworogłowego. Wybrano tę drogę, ponieważ z cięcia typowego bocznego nie byłoby dostępu do dawnej szpary złamania, przebiegającej prawie ściśle w płaszczyźnie strzałkowej.

Po dotarciu do kości rozdłutowano oba odłamy zespolone bardzo silną blizną kostną, zamknięte jamy szpikowe otwarto przez zcięcie powierzchni odłamów dłutem. Ranę zeszyto warstwowo, dając na mięśnie kilka szwów katgutowych dla uniknięcia interpozycji. Po nałożeniu opatrunku założono wyciąg drutowy za kłykcie udowe i ułożono kończynę na szynie pionowej. Dalsze postępowanie nie odbiegało niczym od postępowania w przypadkach świeżych złamań kości udowej z tą różnicą tylko, że chory dłużej pozostawał na wyciągu: wyciąg zdjęto po sześciu tygodniach i ułożono kończynę na podstawce Brauna. Jednocześnie z tym rozpoczęto energiczne mięsienie kończyny z wyjątkiem okolicy złamania oraz ruchy czynne we wszystkich stawach.

W chwili obecnej stwierdza się zupełny brak skrócenia kończyny operowanej (rys. 4 a, b). Pewne ograniczenie ruchów stawu kolanowego (wyprostowanie do kąta 160 stopni) i zaniki mięśniowe, szczególnie uwydatniające się na mięśniu prostym uda, a bądące wynikiem bądź co bądź dwukrotnego z małą stosunkowo przerwą unieruchomienia kończyny, uważamy za następstwa przejściowe.

Przypadek powyższy przedstawiam nie ze względu na to, żeby sam w sobie był ciekawy czy rzadki, a jedynie jako ilustrację niedostatecznego działania wyciągu plastrowego, nawet u chorych w wieku dziecięcym czy młodzieńczym. Uzyskano co prawda w tym przypadku bardzo dobre ustawienie osiowe odłamów, ale skrócenia nie zniesiono.



Rys. 4a.



Rys. 4b.

Przypadek 2, dotyczący Anny G. lat 5, który w jego pierwszych etapach leczenia operacyjnego opisałem w „Chirurgu Polskim" (Nr. 12/37), chciałbym przedstawić obecnie jako do pewnego

stopnia wynik późny. Chora była operowana w dniu 2 grudnia ub. roku z powodu zrostu kości udowej w wadliwym ustawieniu, powikłanego zmianami zapalnymi trzonu z przetokami, martwicą końców odłamów i wytworzeniem martwaków. Po zabiegu operacyjnym polegającym na



Rys. 5.

usunięciu martwaków, oddłutowaniu martwych końców odłamów tak, żeby nie otworzyć jam szpikowych, i złamaniu mostów kostninowych łączących odłamy, powstał ubytek trzonu. Pomimo to rozciągnęliśmy odłamki (wyciąg pionowy za poddudzie), aby uniknąć skrócenia kończyny. Liczyliśmy na bliznę odokostnową z pozostałych mostów kostninowych i późniejszą przebudowę kości. Przetoka po sączku zagoiła się po dwóch tygodniach. Zrost klinicznie nastąpił po upływie sześciu tygodni. Skrócenie kończyny bezwzględne wynosi obecnie 1 cm, co w stosunku do 5 cm skrócenia w dniu przybycia do Instytutu, uważamy za wynik w tym przypadku dobry. Staw kolanowy wykazujący ograniczenie zgięcia (110 stopni) od początku pobytu w Instytucie, ze względu na bardzo młody wiek chorej nie napawa nas większą troską w sensie rokowania. Rentgenologicznie (rys. 5) widać bardzo wybitnie wyrażoną bliznę odokostnową i rozpoczynającą się przebudowę kości w sensie wyrównania osi trzonu oraz kanalizowanie się blizny od jamy szpikowej.

Dyskusja:

Dr Wiśniewski sądzi, że w przyp. 1. wskazaniem do zabiegu był nie „młody wiek chorego", a raczej wielkość skrócenia, gdyż właśnie w wieku młodym możemy liczyć na samoistne wyrównanie się umiarkowanych skróceń (2 — 3 cm). Odnośnie przyp. 2., to winszuje tak gładkiego przebiegu pomimo istniejącego zakażenia: należało obawiać się rozwinięcia się ciężkiego ostrego zapalenia i za właściwsze, bo mniej ryzykowne, uważałby postępowanie bezkrwawe — redresję w uśpieniu.

Dr Sokołowski: W przyp. 1. wskazanie do zabiegu było względne, ale przy dobrej technice i pewnej jałowości zabiegu nie należało się go obawiać, tym bardziej, że istniało tu wskazanie społeczne. W przyp. 2. skrzywienie osi było ogromne — nie można było czekać na powstanie zrostu w takim ustawieniu i dlatego był wskazany wczesny zabieg.

Dr T. Wagner:

PRZYPADEK ZŁAMANIA RZEPKI LECZONY METODĄ PRZYJĘTĄ W INSTYTUCIE.

(str. własne)

Chory W. S. lat 38 w dniu 6.II. spadł z roweru uderzając prawym kolanem o jezdnię. Odczuł dojmujący ból i nie mógł wstać o własnych siłach. Przewieziony do Instytutu. Klinicznie i rentgenologicznie (rys. 6) stwierdzono złamanie rzepki z fragmentacją i rozejściem się odłamów na ca. 2 cm. Po opróżnieniu nakłuciem stawu kolanowego z zawartości krwawej przystąpiono do zabiegu. W uśpieniu eterowym cięcie poprzeczne ponad miejscem rozejścia się odłamów. Więzadło rzepkowe zeszyto po zaadaptowaniu odłamów rzepki, szwami jedwabnymi węzełkowymi z dodatkiem dwóch szwów jedwabnych materacowych. Powięź stawu kolanowego rozdartą po stronie przyśrodkowej również zeszyto jedwabiem. Unieruchomienie kończyny w szynie gipsowej w lekkim zgięciu w stawie kolanowym. Rentgenogram kontrolny wykazuje ustawienie odłamów prawi-

dłowe. Po upływie osiemnastu dni zdjęto szynę i ułożono kończynę na podstawce Brauna. Choremu polecono wykonywać lekkie ruchy zgięcia w



Rys. 6.

stawie kolanowym nie unosząc kończyny; prostowanie odbywało się biernie. Po upływie 3 tygodni chory rozpoczął obciążać kończynę chodząc w tutorze szklannym, który do ćwiczeń i na noc zdejmował. Jednocześnie z tym rozpoczęto mięsienie uda i podudzia. Obecnie po upływie siedmiu tygodni od wypadku chory zgina kończynę w stawie kolanowym nieco poza kąt prosty, wyprostowanie ma zupełne, rzepka nie bolesna, przesuwal-



Rys. 7.

na tak na boki jak i z góry w dół w granicach normalnych. Rtg. rys. 7.

Przypadek powyższy przedstawiam jako bieżącą ilustrację wyników, jakie otrzymujemy z reguły w złamaniach rzepki stosując wczesne uruchomianie stawu kolanowego.

Dr T. Sokołowski:

DWA PRZYPADKI ZASTARZAŁEJ EPIFIZJOLIZY GŁOWY K. UDOWEJ.

(str. własne)

Przyp. 1. S. J. l. 7, doznał upadku przed 3 laty. Po kilku tygodniach leżenia zaczął chodzić, ale utykał silnie i zauważył skrócenie kończyny. Stan obecny: skrócenie kończyny 3½ cm, ograniczenie ruchów stawu biodrowego, szczególnie odwodzenia, na rentgenogramie stan po epifizjolizie ze znacznym przesunięciem odłamu trzonu do góry i szpotawym ustawieniem szyi k. udowej (rys. 8 a).

Operacja *(Dr Sokołowski):* ułożenie chorego na stole ortopedycznym; w znieczuleniu ogólnym sennarkolowo-eterowym otwarto staw biodrowy z cięcia przedniego z oddłutowaniem kolca k. biodrowej (ze względu na konieczność dobrego dostępu do przesuniętego do góry odłamu obwodowego). Po otwarciu torebki stawowej przecięto płaskim dłutem szyję k. udowej, po czym napięto kończyny, wykonano zdjęcia kontrolne przednio-tylne i boczne, wbito gwóźdź kierowniczy i po ponownej kontroli rentgenowskiej wbito gwóźdź S. P., zespalając odłamki w nowym ustawieniu.

Przebieg pooperacyjny powikłany krwiakiem (nie sączkowano rany), który opróżniono po zdjęciu 2 szwów, po czym rana zagoiła się szybko

bez reakcji. Widzą Panowie, że skrócenie ustąpiło całkowicie. Ze względu na krwiak pozwoliliśmy choremu wstać dopiero po 4 tygodniach; chory chodzi dobrze bez laski. Ruchy stawu biodrowego ograniczone, ale, jaką sądzę, powinny ulec, szczególnie odwodzenie, znacznej poprawie. biorąc pod uwagę młody wiek chorego. Rentgenogramy po operacji wykazują znaczną poprawę ustawienia odłamków (rys. 8 b).



Rys. 8a.



Rys. 8b.

Przyp. 2. H. S. lat 15, doznał upadku na ślizgawce na 7 tygodni przed przybyciem do Instytutu; po upadku mógł jeszcze, acz z trudem, wrócić do domu o własnych siłach, potem położył się do łóżka, ale wstał po tygodniu i zaczął chodzić. Zgłasza się do leczenia ze względu na silne utykanie i bóle stawu biodrowego.

Stan obecny: skrócenie kończyny o 3 cm i znaczne upośledzenie ruchów stawu biodrowego, zwłaszcza odwodzenia; na rentgenogramie widać stan po epifizjolizie, przesunięcie odłamka główki i szpotawość (rys. 9 a).

Operacja (*Dr Sokołowski*): ułożenie chorego na stole ortopedycznym; z przedniego cięcia otwarto staw biodrowy, po czym wykonano osteotomię rotacyjną (dłutem żłobowym) szyi kości udowej. Następnie napięto kończyny, uzyskując przesunięcie odłamu główki i wykonano zespolenie gwoździem własnej konstrukcji[1]). Zdjęcie kontrolne



Rys. 9a.



Rys. 9b.

(rys. 9b) wykazało doskonałe ustawienie odłamków i rekonstrukcję kąta szyi. Ustawienie szpotawe znikło. Przebieg pooperacyjny bez powikłań (ranę sączkowano pęczkiem silku), rychłozrost. Choremu pozwolono wstać po 3 tygodniach; chodzi od razu dobrze. I w tym przypadku, jak się zdaje, rokowanie co do powrotu ruchów stawu biodrowego w znacznym stosunkowo zakresie jest uzasadnione.

[1]) Opis gwoździa oraz techniki jego stosowania zostanie podany w kwietniu b. r. na Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatol.

Dyskusja:

Dr Levittoux: Osiągnięte świetne wyniki mówią same za siebie; w przyp. 2. nie ma zastrzeżeń co do obranej metody, gdyż przemieszczenie główki było znaczne, natomiast w przyp. 1., będącym coxa vara traumatica, wykonany zabieg był duży i trudny — sądzi, że osteotomia podkrętarzowa mogłaby dać równie dobry wynik czynnościowy.

Dr Szmorak przypuszcza, że w przyp. 1. była nie epifizjoliza, a coxa vara rachitica lub congenita; widoczny na rentgenogramie ślad po przebytym urazie uważa za t.zw. „Umbauzone". Załatwienie przypadku jest b. dobre. Odnośnie przyp. 2. sądzi, że predyspozycję do epifizjolizy stanowiły zaburzenia gruczołowe, cech których dopatruje się u chorego. Śródstawowa osteotomia szyi jest technicznie trudna — należało próbować bezkrwawej redresji. W przypadkach epifizjolizy zaznacza się skłonność do martwicy główki, a gwóźdź tkwiący w nasadzie może powodować u dzieci zaburzenia wzrostu. We własnym przypadku epifizjolizy u chłopca 18-letniego wykonał redresję bezkrwawą, ale zdaje się, że pozostanie duże ograniczenie ruchów w stawie.

Dr Sokołowski: Felsenreich pierwszy zastosował gwoździowanie epifizjolizy. Podaje w wątpliwość możność nastawienia bezkrwawego po dłuższym czasie, gdyż właśnie przypadki epifizjoliz utrwalają się b. szybko — po 6 tyg. już jest silny zrost. Epifizjoliza nastawiona bezkrwawo może ulec, jak to miało miejsce w jednym z przyp. leczonych w Instytucie, ponownemu przemieszczeniu. Przyp. 1. wygląda jednak najprawdopodobniej na coxa vara po epifizjolizie. Osteotomia przy tak silnej szpotawości nie mogłaby dać pomyślnego wyniku; zresztą osteotomia podkrętarzowa nie jest zabiegiem pozbawionym stron ujemnych. Zabiegi wykonane w obu przypadkach nie są zbyt trudne, wymagają tylko pewnej rutyny.

Dr W. Przednikiewicz (ref. *dr Wagner):*

DWA PRZYPADKI WGNIECENIA CZASZKI.

(str. własne)

Przypadek 1. Fr. K. lat 55. W dniu 21.IV 1937 roku w czasie bójki uderzony siekierą w głowę i lewe ramię. Tegoż dnia przywieziony do Instytutu.



Rys. 10.

Chory przytomny; tętno 84 na minutę, miarowe. W okolicy ciemieniowej prawej podłużna rana cięta długości około 10 cm, drążąca w głąb poprzez ubytek kości. W głębi rany widać zniszczoną tkankę mózgową (rys. 10). Na lewym ramieniu w połowie długości rana cięta długości około 2 cm. drążąca w głąb; kość w tym miejscu wykazuje patologiczną ruchomość i wyraźne tarcie odłamów. Chory nie wykazuje zaburzeń mowy, jak również zmian w zakresie układu nerwowego. Rentgenogram wykazuje spiralne złamanie kości ramiennej oraz rozległe złamanie czaszki o typie wgnieceniowym w zakresie prawej kości ciemieniowej i czołowej (rys. 11 a, b).

Operacja *(Dr Sokołowski):* W znieczuleniu miejscowym wycięto pierwotnie ranę głowy, odwarstwioną okostnę wraz z płatem okostnowo-mięśniowym uniesiono w kierunku skroni i wyłamano dwa duże wgniecione odłamy kostne; zniszczoną tkankę mózgową usunięto za pomocą ssaka. Dotarto wokół ubytku kostnego do zdrowej opony twardej, pojedyńcze krwawiące naczynia pajęczynówki zaklipsowano. Ubytek opony twardej pokryto powięzią pobraną z mięśnia skroniowego. Ubytek kostny wypełniono częściowo blaszkami kostnymi poprzednio wyłamanymi. Ranę skóry i czepca ścięgnistego zeszyto szczelnie. (Rtg. rys. 12 a, b). Ranę ramienia wycięto i kończynę unieruchomiono.

W przebiegu pooperacyjnym ognisko bronchopneumoniczne w prawym dolnym płacie, opanowa-





Rys. 11a, b.

Rys. 12a, b.

ne po kilku dniach. Po upływie ośmiu dni zdjęto szwy z obu ran, zagojonych przez rychłozrost.

Chory ze względu na leczenie złamania kości ramiennej opuścił szpital w stanie zupełnie dobrym dopiero w dniu 3.VI r. ub. bez objawów ze strony układu nerwowego, z zaklęśnięciem w okolicy pr. kości czołowej (rys. 13).

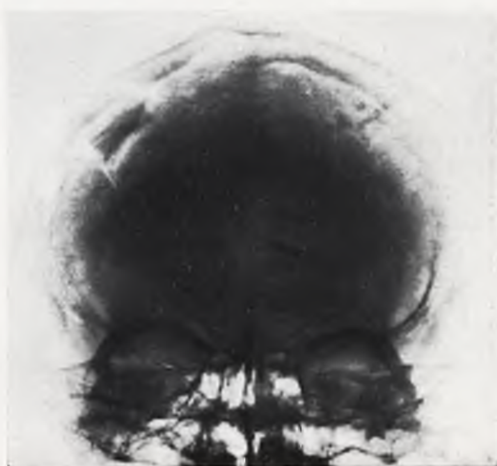
Przypadek 2. Chory St. K. lat 39. W dniu 20 lutego b. r. uderzony w bójce kłonicą w głowę. Przybywa do Instytu po tygodniu z powodu bólów głowy oraz trudności i zacinania się w mowie; dolegliwości te pojawiły się na drugi dzień po wypadku.

Chory przytomny, o bardzo zwolnionej reakcji psychomotorycznej, apatyczny, mówi bardzo wolno, niektóre wyrazu źle artykulując i wyraźnie siląc się na ułożenie zdania. Tętno 68 na minutę, miarowe, dobrze napięte. W lewej kości ciemieniowej wgniecenie o rozmiarach 6 $\times$ 5 cm. Źrenica prawa (lewe oko — proteza) miernie szeroka, reakcja na światło zwolniona. Ze strony układu



Rys. 13.



Rys. 14a, b.

Rys. 15a, b.

nerwowego obwodowego, poza wzmożeniem odruchów ścięgnistych na kończynach tak górnych jak dolnych, nie stwierdza się wyraźniejszych zmian. Rentgenologicznie (rys. 14a, b) wgniecenie kości ciemieniowej oraz kilka szpar pęknięcia promienisto rozchodzących się.

Operacja *(Dr Sokołowski)*: w znieczuleniu miejscowym polokainą cięcie płatowe o podstawie zwróconej ku skroni, okolające wgniecenie. Po wypreparowaniu płata skórno-czepcowego podniesiono i wyłamano wgniecone odłamy kostne, które wrzucono do jałowego roztworu fizjologicznego po uprzednim obmyciu ich ze skrzepów. Leżący na oponie twardej duży krwiak w okresie rozpoczynającej się organizacji częściowo wypłukano płynem fizjologicznym, częściowo usunięto łyżeczką. Ponieważ opona twarda nie wykazała uszkodzenia i wyraźnie zaczęła tętnić, nie otwierano jej. Ubytek kostny częściowo wypełniono odłamami kostnymi wyłamanymi poprzednio. Ponad nimi zeszyto szczelnie czepiec ścięgnisty szwami jedwabnymi. Szwy skórne; opatrunek jałowy. Przebieg pooperacyjny gładki. Rana zagojona przez rychłozrost. Rentgenogram kontrolny (rys. 15 a, b).

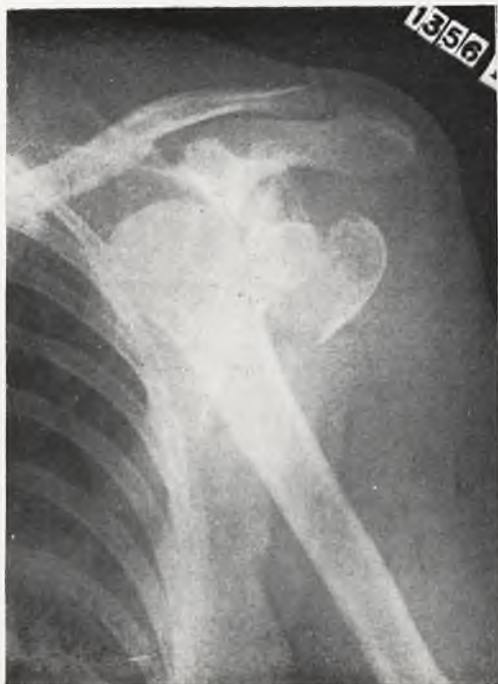
Chory obecnie mówi znacznie lepiej, bólów głowy nie ma. Chodzi prawidłowo.

Dwa przypadki powyższe przedstawiam, aby zwrócić uwagę na sposób zmniejszania ubytku kostnego przy pomocy uprzednio wyjętych odłamów, nawet w przypadkach otwartych wgnieceń. W tych ostatnich jednak terminem prekluzyjnym dla tego postępowania jest czas 12 godzin od urazu.

Dr H. Ciszkiewicz:

PRZYPADEK ZWICHNIĘCIA BARKU Z JEDNOCZESNYM ZŁAMANIEM SZYI ANATOMICZNEJ I GUZKA WIĘKSZEGO KOŚCI RAMIENNEJ.

(str. własne)



Rys. 16.



Rys. 17.

S. I., chora 34-letnia, dnia 12 lutego 38 r. upadła z wysokości I piętra, po czym straciła przytomność. Pogotowie przywiozło ją do Instytutu; poza potłuczeniem ogólnym i otarciami naskórka na twarzy stwierdzono objawy zwichnięcia lewego barku. Rentgenogram (rys. 16) wykazał zwichnięcie do przodu (luxatio subcoracoidea) z odłamaniem guzka większego; na zdjęciu tym można ponadto dopatrzeć się linii złamania w obrębie szyi anatomicznej, co jednak pierwotnie przeoczono.

Nastawienia zwichnięcia dokonano w uśpieniu chloretylowym — poszło to dość gładko, ale na zdjęciu kontrolnym (rys. 17) stwierdzono, iż do panewki wstawił się tylko kikut trzonu k. ramiennej, natomiast odłamana główka pozostała poniżej wyrostka kruczego.

Wobec tego przypadek zakwalifikowano do leczenia operacyjnego i 16 lutego w uśpieniu sennarkolem z małego cięcia przedniego *płk dr Sokołowski* usunął za pomocą ostrego jednozębnego haka odłamaną i zwichniętą główkę. Po kilkudniowym unieruchomieniu w opatrunku Desaulta ułożono kończynę na szynie odwodzącej. Ze względu na współistniejące złamanie guzka unieruchomienie na szynie odwodzącej trwało aż 4 tygodnie, po czym rozpoczęto gimnastykę czynną i bierną oraz masaże. Szynę odwodzącą zakłada się obecnie już tylko na noc. Zakres ruchów biernych jest duży, ruchy czynne są jeszcze znacznie upośledzone wskutek pourazowych zmian okołostawowych.

Przypadek ten przedstawiam obecnie korzystając ze sposobności zademonstrowania chorej we wczesnym okresie leczenia; celowość tego tak radykalnego sposobu postępowania postaram się udowodnić na Zjeździe Tow. Ortopedycznego w Poznaniu, gdzie uszkodzenia tego typu będą tematem mojego koreferatu. *H. Ciszkiewicz.*

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w 1937 r.

Uzupełnienia oraz skorowidze alfabetyczne treści i autorów.

Zestawił Dr **H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	(Ch. N. R.) t. X, z. 2—4.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 12.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr. 6.
Folia Morphologica	(F. M.) t. VII, Nr. 1—3.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVI, Nr. 11—12.
Gastrologia Polska	(Gastr. P.) Nr. 4.
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie	(Kw. Kl. Star.) t. XVI, Nr. 1—2.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. D. Sp.) Nr. 5—6.
Polski Przegląd Radiologiczny	(P. P. Rad.) t. XII, Nr. 3—4.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXII, Nr. 3—4.

CHIRURGIA OGÓLNA.

C. Kości, stawy, mięśnie.

403. **Ambros Z.** Regeneracja tkanki kostnej. Ch N. R. Nr. 2—4, s. 223—276.

404. **Ambros Z.** Przeszczepy kostne auto- i heteroplastyczne. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 345—356.

405. **Gruca A.** Zastosowanie kości zwierzęcej w chirurgii ortopedycznej. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 357—368.

F. Wyjaławianie, narzędzia, opatrunki, leki.

406. **Oczkowski J.** Aparat do robienia łóżek gipsowych. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 337—343.

G. Chirurgia urazowa.

407. **Wojciechowski A.** Na marginesie walki z kalectwem w Polsce. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 277—311.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. Głowa.

408. **Schüller A.** Obrazy radiologiczne późnych następstw urazów czaszki. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 303—306.

409. **Spettowa S.** Guzy zaułka mostkowo-móżdżkowego w obrazie radiologicznym. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 307—316.

410. **Krupiński Z.** Nadmiernie długi wyrostek rylcowaty kości skroniowej. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 317—326.

D. Jama brzuszna.

411. **Chodkowski K.** Ein Fall von doppelter Gallenblase beim Menschen. F. M. Nr. 3, s. 209—217.

412. **Sellig L.** Cholecystografia doustna i jej przyśpieszenie. Gastr. P. Nr. 4, s. 10—17.

E. Narządy moczowo-płciowe.

413. **Jasieński J.** Naczynia limfatyczne nerki zdrowej i patologicznej. F. M. Nr. 3, s. 139—191.

414. **Kozakiewicz R.** Rzadki przypadek nabłoniaka prącia na wrzodzie wenerycznym u osobnika kiłowego. P. Derm. Nr. 3—4, s. 377—383.

F. Kręgosłup, miednica.

415. **Zalewski A.** Skrzywienie boczne kręgosłupa wrodzone czyli skolioza wrodzona. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 181—221.

416. **Maciejewski A.** Przypadek ciężkiego zniekształcenia kręgosłupa w przebiegu wielostawowego gośćca. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 313—320.

417. **Korolkiewicz K.** Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego jako następstwo urazów głowy. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 327—335.

418. **Dering-Ossowska K.** Z kazuistyki urazów kręgosłupa u dzieci. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 337—340.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

419. Całka S. Przypadek naczyniaka części miękkich przedramienia. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 439—441.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

420. Bielas A. Na marginesie metody Smith-Petersena zespalania złamań szyjki kości udowej. Dwa przypadki ropni jałowych. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 331—335.

421. Raszeja F. Z badań nad histologią i fizjologią stawów. III. O histogenezie i prawidłowej budowie łąkotek kolana. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 123—144.

422. Raszeja F. Zmiany patologiczne łąkotek i ich znaczenie kliniczne. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 145—179.

423. Komza J. i Krajnik B. O chorobie Pellegrini-Stieda. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 321—329.

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ TREŚCI

„Polskiego Piśmiennictwa Chirurgicznego" w roku 1937.

SKOROWIDZ ALFABETYCZNY AUTORÓW.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Prace nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów itd. powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Koszty sporządzenia klisz ponosi wydawnictwo. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 nadbitek pracy, w formacie zeszytu pisma; życzący sobie otrzymać odbitki jednoszpaltowe, ponoszą koszty przełamania.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień patologii chirurgicznej, lecznictwa i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 stronic druku.

Prace są grupowane w następujących działach głównych:

1. Prace oryginalne,
2. Kazuistyka,
3. Technika operacyjna.

Prócz tego pismo zawiera następujące rubryki:

1. Skrzynka świetlna,
2. Sprawozdania ze zjazdów i posiedzeń,
3. Kronika — wiadomości obchodzące ogół chirurgów: z uniwersytetów, szpitali, mianowania, stypendia, konkursy itp.

W „Skrzynce świetlnej" są zamieszczane rentgenogramy lub fotografie przypadków pouczających wraz z krótkim, treściwym opisem historii choroby, przebiegu i sposobu leczenia, techniki operacyjnej itp.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek bibliograficzny — „Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne" — ułożony działami spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie ukazały się w ubiegłym kwartale w polskich czasopismach lekarskich.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Cena pojedyńczego zeszytu 2 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 4

KWIECIEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1938 R. Nr. 4

Z I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w Warszawie.
Dyrektor: *Prof. Dr Z. Radliński.*

Ostre zapalenie stawu biodrowego

podał

Dr Zygmunt Lewandowski.

Wśród ostrych zapaleń stawów procentowo dość rzadkie jest zapalenie stawu biodrowego. Etiologia i rozwój cierpienia, w zależności od sił obronnych ustroju, daje wielką różnorodność obrazów klinicznych, na krańcach których z jednej strony stoją przypadki o przebiegu lekkim, zacichające pod wpływem leczenia zachowawczego i dające dobre rokowanie, z drugiej zaś strony przypadki o przebiegu ciężkim, gwałtownym, czasem błyskawicznym, wymagające możliwie szybkiej i radykalnej interwencji i mimo to często nie dające możliwości uratowania chorego. Między krańcowościami tymi stoją przypadki, które w mniej lub bardziej ciężkim przebiegu kończą się o tyle pomyślnie, że dają się uratować, niemniej jednak, jako następstwo radykalnych zabiegów, dają ciężkie kalectwo.

Jeżeliby chodziło o ścisłe zdefiniowanie co rozumiemy pod *ostrym zapaleniem stawu biodrowego,* to należy wyjaśnić, że chodzi nam w naszym pojęciu nie tylko o zapalenie szpiku kostnego szyjki kości udowej lub panewki biodrowej, ale o zapalenie samego stawu biodrowego, które jest objawem stałym i bezpośrednim.

Należy tutaj wyosobnić zapalenie szpiku kostnego umiejscowione z daleka od stawu: na poziomie krętarzy, grzebieni kości biodrowych, guzów kulszowych i spojenia łonowego. Wyżej wymienione postacie mogą się wprawdzie wikłać zapaleniem stawu biodrowego, ale jest to z reguły powikłanie wtórne, często późne, zwykle o charakterze łagodnym, zupełnie różne od postaci, o których chcemy mówić.

Śmiertelność bezpośrednia w ostrym zapaleniu stawu biodrowego waha się od 33 — 50% *(Piquet, Brocqua, Petit).* Postępy w dziedzinie diagnostyki chorób kości i stawów, a co za tym idzie, szybka interwencja sprawiają, że śmiertelność ta maleje i że rzadkością są dzisiaj ciężkie rozlane ropowice uda i miednicy; mimo to jednak cierpienie to nie przestaje być groźne, zwłaszcza że najczęściej miewa ono charakter zakażenia ogólnego w sensie ropnicy lub posocznicy.

Z punktu widzenia czynnościowego ostre zapalenie stawu biodrowego daje rokowanie złe, mimo że wczesne rozpoznanie — w czym nie małą rolę odgrywa rentgenografia — i szybka pomoc, obniżają znacznie odsetek śmiertelności, a ortopedia daje możność złagodzenia kalectwa.

Są dwa zasadnicze punkty wyjścia dla ostrego zapalenia stawu biodrowego: górny odcinek kości udowej w jej części wewnątrzstawowej oraz kość biodrowa. Według statystyki *Dupina,* $^2/_3$ ostrych przy-

padków powoduje zapalenie górnej nasady k. udowej, pozostałą ⅓ — zapalenie kości biodrowej.

Miejscem osiedlenia się infekcji są zwykle chrząstki nasadowe panewki biodrowej, szyjki kości udowej i najbliższe okolice tych chrząstek, które są predysponowane ku temu pod względem anatomicznym.

Rozwój kości miednicy rozpoczyna się w 3. miesiącu życia płodowego, z chwilą wystąpienia jednego ośrodka kostnienia dla kości biodrowej; między 4. a 7. miesiącem życia płodu rozwijają się jeszcze dwa ośrodki kostnienia dla kości kulszowej i łonowej. Wyżej wymienione punkty kostnienia są przedzielone pasmami chrząstki, które w kształcie litery Y zbiegają się w centrum panewki stawu biodrowego. Te trzy zasadnicze punkty kostnienia zlewają się w 14. — 15. roku życia. Ośrodek kostnienia znajdujący się w panewce między kością biodrową i łonową nosi nazwę kości panewki. Poza zasadniczymi trzema punktami kostnienia w panewce istnieje cały szereg punktów dodatkowych opisanych przez *Sappeya*. Nas jednak będą interesowały tylko trzy zasadnicze, ze względu na to, że w pobliżu nich rozwija się zapalenie szpiku kostnego.

Jeżeli chodzi o kość udową, to ośrodek kostnienia wspólny dla główki i szyjki kości udowej rozwija się już w 1. roku życia. Punkty kostnienia dla krętarzy występują dużo później: dla większego w 5., dla mniejszego w 14. — 18. roku życia. Ostateczny zrost trzonu z nasadami kończy się między 20. — 25. rokiem życia. Główka kości udowej jest oddzielona od szyjki przez chrząstkę nasadową do 18. — 22. roku życia.

Proces zapalny rozpoczyna się ściśle biorąc w samym szpiku kostnym, stopniowo rozprzestrzenia się i obejmuje substancję kostną, dając w sprawach zjadliwszych ropienie kości i martwicę całych jej odcinków, w zakażeniu mniej złośliwym — przejściowe rozrzedzenie istoty kostnej. Te zmiany anatomiczne odpowiadają w klinice początkowemu okresowi ostrego zapalenia szpiku kostnego. Badanie rentgenologiczne w tym stadium choroby nie jest w stanie nic wykazać *(Lannelogue)*. Kości płaskie i długie, dzięki obecności jam szpikowych w trzonach, mają lepsze warunki do osiedlania się i szerzenia infekcji, natomiast pewne odcinki kości, jak np. szyjka kości udowej, nie posiadają jamy szpikowej, a poprzez zbitą substancję kostną w tym miejscu propagowanie zakażenia jest dość trudne.

Wedle obserwacyj *Brocqua* w ostrym zapaleniu stawu biodrowego zapalenie szpiku kostnego obejmuje obie wchodzące w skład stawu kości, jednakże zmiany dominujące dotyczą tylko jednej z kości, natomiast ubytki i zmiany zapalne drugiej są zawsze bardziej powierzchowne, wtórne i raczej wywołane przez proces ropny toczący się w stawie.

To twierdzenie dało się sprawdzić zarówno radiologicznie, jak sekcyjnie — tak więc w przypadku opisanym przez *Petita* sprawa zaczęła się od kości biodrowej, a wtórnie zajęła jedynie chrząstkę główki kości udowej nie przechodząc na szyjkę. W innym przypadku sprawa chorobowa rozpoczęła się od zapalenia szpiku kostnego szyjki kości udowej; zmiany objęły wprawdzie kość biodrową, ale tak powierzchownie, że zwykłe wyskrobanie kości wystarczyło do wyleczenie, podczas gdy główka i szyjka kości udowej wydzieliły się samoistnie. Zmiany zapalne ściśle kostne przy zapaleniu stawu biodrowego zasadniczo lokalizują się w jednej kości i nie mają tendencji do szybkiego rozprzestrzeniania się, nie należy więc spieszyć się z zabiegiem na kości.

Nathan wyróżnia zapalenie stawu biodrowego połączone z dużą nekrozą i licznymi martwakami i twierdzi, że te są z reguły wywołane przez gronkowce. Zapalenia te są zawsze ciężkie, w klinicznym przebiegu burzliwe i groźne dla życia chorego, w przeciwieństwie do ograniczonych, przejściowych i łagodniejszych w przebiegu — wywołanych przez paciorkowce. Zaznacza również, że podczas gdy gronkow-

cowe zapalenia stawu biodrowego i szpiku kostnego chętnie dają nawroty i długotrwałe ropienia — paciorkowce dają stosunkowo szybkie wyleczenia bez recydyw. Opierając się na powyższym autor jeżeli stwierdza zakażenie paciorkowcowe, wykonuje zwykle drenaż bez zabiegu na kości, co pozwala mu otrzymać dobre rezultaty pod względem czynnościowym, a radykalną rozległą resekcję szyjki kości udowej w zapaleniach wywołanych przez gronkowce. Powyższe wytyczne w postępowaniu autora zasługują na uwagę ze względu na to, że oparte są na dużym materiale 200 przypadków w ciągu 25 lat.

Zapaleniu szpiku kostnego górnej części uda lub panewki z reguły towarzyszy zapalenie samego stawu biodrowego, a tylko w znikomej ilości przypadków brak jest tego powikłania i to wtedy, gdy zapalenie szpiku kostnego obejmuje odcinki kości zewnątrzstawowe. *Guyot* na 54 przypadki zapalenia szpiku kostnego spostrzegał w 7-miu brak zmian zapalnych w stawie.

Do bardzo rzadkich należą przypadki z ogniskiem zapalenia szpiku kostnego umiejscowionym w wewnątrzstawowym odcinku kości, a mimo to nie dających zapalenia stawu. Taki przypadek obserwował *Brocqua:* ognisko znajdowało się w główce kości udowej.

Moore i *Agensworth* są zdania, że zapalny stan stawu jest zjawiskiem wtórnym i że przez pierwsze dwie doby, kiedy już zjawia się ból, zakażenie jeszcze tkwi w szyjce; dlatego też *Macnamara* w tym właśnie stadium świdruje metafizę i w ten sposób usiłuje zapobiec tworzeniu się zapalenia stawu. Stanowisko to jest o tyle niesłuszne, że wątpliwą jest rzeczą, aby w ciągu 2 — 3 dni mogło powstać ognisko ropne; poza tym ognisko tak świeże nie da się wykryć rentgenologicznie i drogą operacyjną będzie niezmiernie trudne do znalezienia, zważywszy, że rozmiar takiego ogniska może być znikomo mały. Proces zapalny zaczyna się zawsze od kości, nigdy od torebki stawowej; staw zakaża się wtórnie przez sąsiedztwo i powstaje w nim wysięk surowiczy lub ropny.

W innych przypadkach zakażenie stawu następuje wskutek przebicia się ropnia podokostnowego do jamy stawowej. Każdemu więc zapaleniu szpiku kostnego szyjki kości udowej czy też panewki towarzyszy zapalenie stawu i tego nie należy uważać za powikłanie, a za istotną składową część ostrego zapalenia biodra.

W dalszym przebiegu cierpienia powstaje zwykle ropowica okołostawowa i destrukcja kości. Ropa ze stawu poprzez słaby punkt w torebce przedziera się do części miękkich i drąży w dół wzdłuż przywodzicieli lub pod powięź szeroką uda. Ropnie mogą schodzić bardzo nisko w dół lub pod mięśnie pośladkowe. Do rzadkości należą ropienia wewnątrzmiednicowe, które powstają po przebiciu sklepienia panewki. W tych przypadkach sprawa posuwa się wzdłuż wewnętrznej powierzchni kości biodrowej, dając przetoki do odbytnicy i pęcherza moczowego. Zniszczenie torebki stawowej przez proces ropny oraz zmiany w kościach tworzących staw dają zwichnięcia, częstsze u dzieci, czasami zaś samoistne oddzielenie nasady albo złamanie szyjki przy najlżejszych nawet manipulacjach. Takie odwarstwienie główki daje w następstwie jej nekrozę, a zmartwiała główka podtrzymuje ropienie do czasu jej usunięcia (*Rutkowski*). Dalszy przebieg procesu polega na wędrówce kikuta szyjki kości udowej na talerz biodrowy. W taki sam sposób zachowuje się kikut szyjki kości udowej po operacyjnym usunięciu główki drogą resekcji w celu zapewnienia dobrego sączkowania stawu.

Nieco inaczej, bo bez tendencji do zwichnięcia ku górze, zachowuje się główka

kości udowej przy zapaleniu szpiku kostnego panewki. Zapalenie szpiku kostnego panewki nie niszczy jej brzegów, lecz pogłębia ją ku górze i środkowi (*Kirmisson*). Główka wtłacza się w dach panewki i w ten sposób nie wywędrowuje z niej. Pozorne pogłębienie panewki widuje się w zapaleniu szpiku kostnego szyjki kości udowej, dzięki wtórnemu rozrostowi brzegów panewki — są to zmiany okostnowe, doprowadzające czasami do zesztywnienia w biodrze (*Piquet, Benoiste, Pilloire i Lamy*).

Patogeneza ostrych zapaleń stawu biodrowego da się ująć w 3 punkty: 1) wrota wtargnięcia zakażenia, 2) faza bakteriemii, 3) faza lokalizacji. Moment wtargnięcia infekcji często bywa niedostrzeżony. Faza uogólniania się zakażenia nie jest przejściowa i nie ustaje, gdy zaczyna się rozwijać proces ściśle zlokalizowany. Stan ten trwa i wyniszcza organizm pod postacią ropnicy lub posocznicy. I tutaj, jeżeli chodzi o interwencję chirurgiczną, znów są rozbieżne zapatrywania autorów: *Brocqua* radzi możliwie szybką operację, podczas gdy *Huc* i *Brisard* wstrzymują się od wszelkich zabiegów w okresie posoczniczo-ropniczym. Istotnie w tym okresie choroby, kiedy dominuje ogólne zakażenie miejscowe, objawy są minimalne lub nie ma ich wcale; badanie rentgenowskie nie jest w stanie dać nam wtedy odpowiedzi co do umiejscowienia, o jakim więc zabiegu można myśleć? Idąc na podejrzany staw znajdujemy obrzęk części miękkich, nieco ropy krwistej wypływającej z otworu w torebce stawowej i brak makroskopowych zmian w kości — zabieg okaże się więc nie celowy.

Badanie kliniczne ma na celu nie tylko postawienie rozpoznania zapalenia stawu biodrowego, ale także sprecyzowania postaci chorobowej. Formy posocznicowe i ropnicowe nie dadzą się ściśle rozgraniczyć, gdyż najczęściej współistnieją. Postacie posocznicowe są ciężkie, hypertoksyczne, szybko doprowadzające do zejścia śmiertelnego. Stan ogólny jest zły, ciepłota do 40° z dreszczami, posiew krwi dodatni, żywe bóle na poziomie biodra, ruchy zniesione lub ograniczone, niewielki obrzęk części miękkich.

Postacie ropnicowe mają wprawdzie również przebieg ciężki, ale sprawa ma tendencję do zlokalizowania się w ciągu miesiąca, ciepłoty są przemijające, a posiew tylko czasami dodatni, na szczycie wzniesienia temperatury. Inne postacie, leczące się wdzięcznie zachowawczo z całkowitą rezolucją, należą do zapaleń nie ropnych.

Leczenie ostrego zapalenia stawu biodrowego musi iść dwiema drogami, z których jedna ma za zadanie zwalczanie zakażenia ogólnego, a druga jest skierowana przeciwko zmianom miejscowym w kościach i stawach. W dziedzinie środków leczniczych wymienimy: surowice i szczepionki, trypaflawinę, sole złota i bakteriofagi. Odnosi się wrażenie, że środki te dają zadowalające rezultaty tylko w tych przypadkach, które same się cofają, aczkolwiek są autorzy entuzjazmujący się dobrym działaniem soli złota wraz ze szczepionkami.

Leczenie chirurgiczne zmierza przede wszystkim do zdrenowania ogniska ropnego, a można to uzyskać za pomocą otwarcia stawu—z resekcją lub bez—główki kości udowej, zwichnięcia czasowego drogą operacyjną albo nacięcia ropnia podokostnowego. Najczęściej w tych przypadkach stosowanym zabiegiem jest nacięcie stawu (arthrotomia) — niestety dość często nie daje ono dostatecznego drenażu. Godne uwagi jest to, że jama stawu biodrowego jest prosta, bez zachyłków, przeto wydaje się, że drenowanie jej nie powinno nastręczać trudności: a jed-

nak szyjka kości udowej dzieli tę jamę na dwie przestrzenie — przednią i tylną, co stanowi przeszkodę w sączkowaniu. To też niektórzy autorzy jak *Poncet, Lagoutte, Reiss* we wszystkich przypadkach, w których chcą otrzymać dobry drenaż, resekują główkę kości udowej. Niektórzy chirurdzy, jak *Guyot i Ledderhose* rezerwują ten zabieg dla przypadków bardzo ciężkich, w których zwykła artrotomia nie daje pożądanego rezultatu, a objawy zakaźne utrzymują się. *Portwich* resekuje główkę już w 2 — 3 dni po otwarciu stawu, jeżeli ciepłota nie spada; *Brocqua* czyni to wtedy, gdy jest ona zdemarkowana w stosunku do szyi. *Cadenat* twierdzi, że resekcji można uniknąć, robiąc dwa nacięcia torebki stawowej — jedno od przodu, drugie od tyłu oraz stosując wyciąg kończyny pionowy; broni się on przed resekcją ze względu na jej następstwa w postaci skrócenia, zesztywnienia, przywiedzenia i rotacji do wewnątrz.

Czasowe zwichnięcie wg. *Ombredanne'a* pozwala uniknąć resekcji, a jednocześnie daje dobry drenaż stawu: jest to zwichnięcie na okres ostry, po którym sprowadza się główkę na właściwe miejsce. Często ciepłota nie spada przez długie miesiące, gdyż mimo to że staw drenuje się dobrze, ognisko zapalne w kości rozwija się. Jeżeli chodzi o zabieg na samej kości, to jeżeli po przejściu torebki stwierdzimy ropień podokostnowy, bezwzględnie należy go przeciąć; również jeżeli stwierdzimy, że kość jest biała, nie krwawi, a z kanałów Hawersa sączy się ropa — należy trepanować. Także trzeba uciec się do trepanacji kości, jeżeli po otwarciu ropnia podokostnowego i szerokim drenażu części miękkich proces nie uspakaja się, a innych ognisk lokalizacji brak. *Ledderhose, Piquet, Reiss* są przeciwnikami trepanacji, *Portwich* natomiast jest jej zwolennikiem i to w najbliższych dniach po otwarciu stawu, jeżeli ten zabieg nie powstrzymuje procesu. Resekcja główki kości udowej, aby być dostatecznie radykalna musi obejmować główkę i część szyjki; nie należy jednak zbytnio radykalizować, jak to robił *Driessen* (1880), który dla zupełnej likwidacji sprawy zakaźnej resekował główkę i szyjkę aż do krętarzy.

Celem leczenia pooperacyjnego powinno być usztywnienie kończyny w dobrym ustawieniu, a osiąga się to za pomocą wyciągu i gipsu. Wyciąg stosuje się w ostrym okresie choroby. *Gustillet* i *Tillier* proponują wyciąg pionowy, twierdząc, że daje on dobry drenaż, stałość działania i możność utrzymania opatrunku w czystości; dzięki tym jego właściwościom autorzy nie otrzymali nigdy zesztywnienia w wadliwym ustawieniu. Jedyną złą stroną wyciągu są odleżyny. Gips stosuje się w późniejszych przewlekłych okresach choroby.

Dla zilustrowania metod postępowania przytaczam kilka historii chorób:

Przypadek 1. Chora M. M. lat 22, choruje od dwóch tygodni. W wywiadach czyraczność. Cie-



Rys. 1.

płota 39,5°,dreszcze, bardzo silne bóle w prawym stawie barkowym. Obrzęk barku, ruchy czynne zniesione, bierne b. bolesne. Nakłuciem otrzymano ropę z dołu nadgrzebieniowego łopatki. Nacię-

cie wzdłuż igły; grzebień łopatki obnażony; drenaż. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego. W 6 tygodni od początku choroby skarży się na silne bóle w stawie biodrowym prawym. Nakłucie bez wyniku. Rentgenogram wykazał destrukcję w stawie biodrowym (rys. 1) 11.VII, to jest w 2 mies. od początku choroby wykonano z cięcia Kochera resekcję główki kości udowej *(prof. Radliński)*. Drenaż i ułożenie na szynie w odwiedzeniu; 8.VIII usunięto dren. 10.IX wyciąg plastrowy, rana na zagojeniu. 15.X nałożono gips ze strzemieniem do chodzenia. Rana zagojona. W połowie stycznia zdjęto gips, zaczęto masaże, ruchy bierne i czynne. Chora chodzi o lasce. Skrócenie kończyny o 10 cm. (rys. 2 i 3).



Rys. 2.



Rys. 3.

Przyp. 2. Chory M. S. lat 19, w anamnezie angina. Ciepłota do 40° z dreszczami: ciężki stan ogólny i bardzo żywe bóle w lewym stawie biodrowym. Rentgenogram negatywny. Dwukrotne nacięcie ropowicy międzymięśniowej na udzie. Mimo dobrego odpływu ropy ciepłota nie spada. Powtórne zdjęcie rentgenowskie w 6 tygodni od początku choroby wykazało zmiany w stawie biodrowym, wobec czego wykonano resekcję główki kości udowej lewej *(prof. Radliński)*. Na kończynę nałożone opatrunek w odwiedzeniu. W 2½ mies. po operacji usunięto dreny, zesztywnienia w stawie biodrowym nie stwierdza się. Chory zaczyna chodzić o kulach (rys. 4).



Rys. 4.

Przyp. 3. Chory M. W. lat 22. zgłasza się z ciepłotą 38°, tętnem 96, z dreszczami i skargami na silne bóle w prawym biodrze i ograniczeniem ruchów w stawie biodrowym. Miejscowo: obrzęk uda poniżej Pouparta, chełbotanie. Leukocytoza 8.000. Nakłucie stawu biodrowego negatywne, jednak w kilka dni powtórna punkcja zrobiona tuż pod krętarzem wielkim dała ropę ze zbiorowiska, drążącego wzdłuż szyjki kości udowej do jamy stawu. Główka, panewka i krętarz obniżone. Drenaż do tyłu na pośladku. Kończyna na szynie odwodzącej. Badanie ropy wykazało gronkowca białego. Bakteriuria. Ciepłota utrzymuje się na wysokości 38,5°. W miesiąc po przybyciu chorego do kliniki dokonano resekcji główki kości udowej i nacięcia zacieków na tylnej powierzchni uda. Ciepłota pomimo to nie

spadła. Wybitne osłabienie akcji serca; ropomocz i krwiomocz; wymioty; obrzęki na obu kończynach. Zejście śmiertelne.

Przyp. 4. Chory M. K. Lat 18. Przybył do kliniki w 2½ mies. po postrzale z rewolweru. Operowany bezpośrednio po wypadku w szpitalu w Lublinie, gdzie otwarto otrzewnę i stwierdzono uszkodzenie jelit w trzech miejscach; rany kiszek zaszyto. Od 4. dnia po operacji bóle w biodrze prawym i znaczne ograniczenie ruchów. Ciepłota 39°. Przez 4 tygodnie kończynę trzymano na wyciągu. Kończyna w rotacji na zewnątrz, abdukcji i fleksji. W 3 miesiące od wypadku zabieg z cięcia w górnej ⅓ na bocznej powierzchni uda; otwarcie ropnia, który drąży do jamy stawu biodrowego. Wobec tego, że zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność pocisku na przedniej powierzchni główki kości udowej, otwarto szerzej torebkę stawową, zdłutowano część główki i w ten sposób dotarto do kuli, która tkwiła w główce kości udowej; drenaż. Przebieg pooperacyjny powikłany zaciekami ropnymi między przywodzicielami uda; zacieki otwarto. Kończyna w odwiedzeniu. W 3 miesiące po operacji wypisany jako wyleczony.

Przyp. 5. Chora G. S. l. 15. Zgłasza się z bardzo silnymi bólami w prawym biodrze, gorączką do 39° i dreszczami; zachorowała tydzień temu.



Rys. 5.

Miejscowo: okolica prawego stawu biodrowego obrzękła, bardzo bolesna, ruchy czynne zniesione, bierne b. ograniczone z powodu bolesności. Kończyna ustawiona w przywiedzeniu i rotacji na wewnątrz. Leukocytoza 15.400. Kończynę ułożono na szynie abdukcyjnej w rotacji na zewnątrz, dano anatoksynę gronkowcową. Rentgenogram negatywny. W 3 tygodnie od przybycia do kliniki stwierdzono chełbotanie nad krętarzem wielkim. Otwarcie ogniska ropnego, którego kanał sięga w głąb do stawu biodrowego. Drenaż i wyciąg plastrowy w odwiedzeniu. Stopniowo spadek ciepłoty. Przebieg bez powikłań. W 2 miesiące po operacji nałożono gips z oknem. W 4 miesiące po operacji krótki gips do kolana. Rana zagojona. Chora zaczyna chodzić (rys. 5).

Przyp. 6. Chory S. K. lat 13. Od 6 tygodni powstały bez określonej przyczyny bóle kończyny



Rys. 6.



Rys. 7.

dolnej prawej; po 3 tygodniach bóle zlokalizowały się w okolicy prawego stawu biodrowego, nasilając się przy ruchach. Ciepłota od początku

choroby do 40° wieczorami. Miejscowo: okolica prawego biodra obrzękła, krętarz wielki kości udowej przesunięty ku górze na talerz biodrowy (rys. 6), ruchy zniesione z powodu bolesności, chełbotania brak. Nałożono wyciąg plastrowy w odwiedzeniu. Po tygodniu badaniem stwierdza się: obsunięcie się główki do panewki stawu biodrowego (rys. 7), spadek ciepłoty do normy. Po miesiącu rentgenologicznie stwierdza się główkę wybitnie odwapnioną, ale w normalnym położeniu. Nałożono gips do kolana. Wypisany w stanie dobrym.

Przyp. 7. S. S. l. 26. Choroba rozpoczęła się w maju1937 r. od ostrego zapalenia ucha środkowego po stronie prawej. W krótkim czasie po operacji chory zaczął odczuwać ból w prawym stawie biodrowym i nie mógł posługiwać się kończyną. Jeszcze podczas pobytu w klinice laryngologicznej przyłączyła się sprawa płucna, wobec czego chory był przesłany do Szpitala Wolskiego, gdzie rozpoznano przerzutowe ropnie płuc. Ze znaczną poprawą w płucach został przepisany do I Kliniki chirurgicznej dla leczenia biodra. Nałożono gips i od tej pory chory wysoko gorączkuje, a ogólny stan pogarsza się. Wobec całkowitego zniszczenia główki kości udowej — wykonano jej resekcję. Kończynę unieruchomiono w gipsie w odwiedzeniu. Powstała ropowica na udzie, którą przecięto i zdrenowano. Stan chorego stale pogarszał się, zejście śmiertelne.

Jeżeli chodzi o wyciągnięcie w n i o s k ó w z powyższych rozważań i ustalenie odpowiednich wytycznych postępowania, to opierając się na materiale i doświadczeniu I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. należy podkreślić, że ostre zapalenie stawu biodrowego nie wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej ze względu na brak czasu do wytworzenia się wyraźnych zmian i niewłaściwość operowania w okresie bakteriemii. Należy więc zastosować leczenie objawowo-wyczekujące, a kiedy sprawa ogólna zlokalizuje się, co da się wykryć zarówno badaniem klinicznym, jako też rentgenowskim *(Lang)*, przystępujemy do zabiegu stosunkowo najprostszego, a więc do otwarcia stawu, ułatwiając jego sączkowanie przez wyciąg w odwiedzeniu. Jeżeli te zabiegi nie dają wymaganych wyników, a sprawa trwa i wyniszcza chorego, przystępujemy do zabiegu radykalnego, polegającego na mniej lub bardziej rozległej resekcji główki i szyjki kości udowej. Bezpośrednio po operacji nakładamy albo wyciąg w dużym odwiedzeniu, albo gips z oknem. Mimo tych zabiegów nie zawsze udaje się utrzymać kikut szyjki w panewce. Często dzięki sile ściągającej mięśni uda, kikut szyjki wędruje na talerz biodrowy tworząc nowy staw. Kikuty pozostające w panewce dają przeważnie zesztywnienie stawu.

PIŚMIENNICTWO.

Piguet: Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance, Rev. de chir. 1926. XLVI. p. 767, *Le Fort:* Luxation pathologique simple de la hanche, 10-e Réunion annuelle de la Soc. Fr. d'Orthopedie. 1928, *Ombrédanne* et *Fevre:* Luxation de la hanche d'origine ostéomyélitique, Soc. de Pédiatrie, Mai 1928, *Petit P.:* Traitement précoce de l'ostéomyelite aiguë de la hanche de l'adolescent, 1934, *Walter Wynen:* Zur Frage der Frühdiagnose der akuten Coxitis, Zentralblatt für Chirurgie, 1925; 50. *Patel:* Résections de la hanche faites par Ollier, Lyon chir. 27. 824, 1930, *Lang:* Thèse: Coxites gonococciques, *Ramond L.:* Coxites gonococciques. La Presse Médicale, 1929 T. 37, s. 1929.

R E S U M É.

L'arthrite aiguë de l'articulation coxo-fémorale

par

Dr Z. Lewandowski.

L'auteur décrit les observations des cas de coxite aigu opérés à la première clinique chir. de l'université à Varsovie et donne les conclusions suivantes:

Le coxite aigu n'exige pas l'intervention d'urgence pour les causes:

a) le manque de temps pour l'apparition des premièrs lésions,

b) il est dangereux d'opérer en periode de bactériemie.

On instituera une thérapeutique médicale en attendant la localisation du procès general, ensuite nous appliquerons la plus simple opération, c'est á dire l'arthrotomie et drainage en abduction. Si le précédent traitement ne donne pas de bons resultats, on fait une opération radicale, c'est á dire la résection etendue de la tête et du col fémoral.

Immédiatement après l'opération nous appliquons l'extension en abduction maximale ou bien l'immobilisation platrée.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Wojskowego we Lwowie.

Kilka uwag w sprawie oceny urazów kręgosłupa

podał

Ppłk Dr Adam Sołtysik

st. ordynator oddziału.

Świeże urazy kręgosłupa, jak skręcenia, złamania i zwichnięcia, należą u nas do uszkodzeń stosunkowo rzadkich, wynosząc na naszym materiale zaledwie 2% w stosunku do wszystkich innych uszkodzeń. W okręgach górniczych stosunek ten zwiększa się znacznie, ponieważ tam środowisko i charakter pracy stwarza znacznie więcej możliwości wypadków przygniecenia i przysypania, które bywają najczęstszą przyczyną złamań kręgów. Zranienia postrzałowe kręgosłupa należą również do rzadkich uszkodzeń, a statystyki z czasów wojny określają ich częstość na 2% w stosunku do wszystkich innych zranień.

Dlatego tym bardziej zwraca uwagę stosunkowo duży odsetek różnego rodzaju urazów i schorzeń kręgosłupa, obserwowany na ambulatoryjnym materiale inwalidzkim. Na 477 badań inwalidów wojennych przeprowadzonych w r. 1936 w ambulatorium chirurgicznym Szpitala O. K. 6., 45 badań — a więc 9,5% — obejmowało badanie kręgosłupa, przy czym 28 badań dotyczyło wyłącznie cierpień kręgosłupa, a 17 — łącznie z innymi uszkodzeniami.

Mówiąc o ocenie poszczególnych złamań musimy stwierdzić, że nawet najlżejsze z nich wymagają stosunkowo długiego okresu leczenia i w tym czasie powodują, zależnie od charakteru zajęcia, zupełną lub prawie zupełną niezdolność do pracy. Rozpowszechniona przez *Böhlera* metoda *Watson-Jones-Davisa* niesłychanie skróciła leczenie, zwłaszcza w najczęstszych typach niepowikłanych zgnieceniowych złamań kręgów. O ile przedtem leczenie, nawet w przypadkach zupełnie prostych, trwało około ½ roku, wymagając jeszcze nadal, do roku a nieraz i dłużej, stałej kontroli, gorsetów i oszczędzania, to po zastosowaniu tej ambulatoryjnej metody, czas leczenia skrócił się do 12 tygodni. Bezpośrednio po zdjęciu gorsetu gipsowego chorzy są właściwie zdolni do pracy, a niekiedy przy intensywnie przeprowadzanych ćwiczeniach mięśni grzbietu, silniejsi nawet niż przed złamaniem *(Böhler)*.

Dużą rolę odgrywa nastawienie chorego; jeżeli zależy mu na dojściu do zupełnego zdrowia, chętnie stosuje się do wskazówek, odzyskując przy prawidłowo przeprowa-

dzonym leczeniu, przeważnie całkowitą zdolność do pracy. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy chory liczy na możliwość uzyskania odszkodowania i trwałej renty inwalidzkiej. Wtedy i leczenie idzie znacznie oporniej, i wyniki są gorsze, ponieważ chorzy zasłaniając się bólem nie chcą ćwiczyć, skarżą się na stałe dolegliwości i w wielu przypadkach leczenie znacznie się przedłuża, zachodzi konieczność zwolnienia od służby wojskowej, względnie od pracy, a z uwagi na możliwość późniejszych wtórnych zmian, konieczność przyznania odpowiedniego procentu niezdolności do pracy.

Przy złamaniach wyrostków kolczystych i poprzecznych nieraz długo mogą utrzymywać się bóle, na ogół jednak zdolność do pracy wraca w zupełności po upływie około 3 miesięcy. Rzadko zachodzi potrzeba usunięcia niezrośniętych, przemieszczonych wyrostków. Złamania wyrostków stawowych i złamania łuków, o ile nie ma objawów uszkodzenia rdzenia lub uciskowych nerwobólów korzonkowych, zwykle nie powodują trwałego obniżenia zdolności do pracy. Wszelkie uszkodzenia kręgosłupa mogą się łączyć z objawami neurastenii, zwłaszcza gdy wchodzi w grę odszkodowanie i renta *(Matti).*

O ile ocena świeżych uszkodzeń kręgosłupa oraz ich następstw nie napotyka na duże trudności, a ustalenie związku cierpienia i obniżenia zdolności do pracy z przebytym urazem nie ulega kwestii, o tyle znacznie zawilej przedstawia się sprawa oceny odległych, późnych następstw przebytego urazu. Przy badaniach inwalidów stosunkowo często mamy do oceny przypadki rzekomo przebytych uszkodzeń kręgosłupa, gdzie od opinii wydanej przez lekarza zależy przyznanie związku, a tym samym ewentualna wypłata renty. Przypadki w których mamy objawy niewątpliwie przebytego uszkodzenia kręgosłupa, są łatwe do oceny, najczęściej jednak rzekomo przebyty uraz nie pozostawił śladu, a klinicznie i rentgenologicznie stwierdzamy zmiany odpowiadające cierpieniom zniekształcającym, albo swoistym lub nieswoistym zmianom zapalnym.

Wchodzą tu w grę: zapalenie zniekształcające *(spondylarthritis deformans)* i usztywniające *(spondylarthritis ankylopoëtica Strümpel-Pierre Marie-Bechterew)*, choroba Scheuermanna, zniekształcenia na tle krzywiczym, zapalenia swoiste, przede wszystkim gruźlica i kiła, schorzenia kręgosłupa w przebiegu chorób zakaźnych, zmiany wrodzone oraz nieswoiste zapalne, których obraz anatomiczny mimo różnej etiologii, może być i bywa łudząco do siebie podobny.

Umiejętne wniknięcie w istotę sprawy wymaga bardzo szczegółowego badania: z jednej strony musimy brać pod uwagę interes państwa, z drugiej człowieka, którego doli możemy ulżyć, uwzględniając słuszne momenty przyczynowe, lub skrzywdzić go opierając się jedynie np. na braku wyraźnych śladów mniej lub więcej wiarygodnie stwierdzonego urazu kręgosłupa.

Niekiedy uraz może być tylko momentem ujawniającym cierpienie i wtedy mylne będzie odnoszenie pogorszenia do urazu, który w danym wypadku mógł wprawdzie spowodować przejściowe pogorszenie, gdzie jednak charakter postępujący leży w samej naturze schorzenia, które z biegiem czasu musi ulegać pogorszeniu *(Dega).*

Często spotykamy się z chęcią wykorzystania istniejącej już przedtem choroby lub zniekształcenia kręgosłupa dla uzyskania renty. Należą tu liczne przypadki bocznych skrzywień kręgosłupa, gdzie badani powołują się na to, że zostali przyjęci jako całkiem zdrowi, a cierpienie rozwinęło się dopiero w czasie służby, wskutek urazu i potem postępowało dalej. Dokładne badanie charakteru skrzywienia, obecność odpowiednich zmian kształtu klatki piersio-

wej, brak urazowych ograniczonych zmian, pozwolą nam zawsze rozpoznać schorzenie jako krzywicze, rozwijające się stopniowo od lat dziecięcych lub szkolnych, niezależnie nawet od ewentualnie odniesionego urazu. W tych razach nie należy zbyt pochopnie przyjmować, że „trudy i specyficzne warunki służby wojskowej w polu, względnie pracy w warsztatach, fabrykach itp." były bezpośrednią przyczyną choroby, względnie przyczyniły się do jej pogorszenia.

W tych wszystkich przypadkach niezmiernie ważne jest wykonanie dobrych i nieraz wielokrotnych zdjęć kręgosłupa, a nieraz równocześnie kości kończyn i stawów, ponieważ na samym badaniu klinicznym nie możemy absolutnie polegać. Musimy mieć stale zwróconą uwagę na fakt, że nawet istotnie i ciężko chorzy świadomie agrawują, co w wysokim stopniu utrudnia zdanie sobie sprawy z faktycznego stanu, ograniczenia ruchów itp. Jak nieraz trudno zdać sobie np. sprawę, gdzie kończy się czynne a zaczyna obronne względnie chorobowe napięcie mięśni!

Badanie musi być wszechstronne, zwłaszcza dużą uwagę musimy zwrócić na badanie kończyn dolnych, gdyż zaburzenia statyki w przypadkach stóp płaskich, kolan koślawych itp. znajdują prawie zawsze swój odpowiednik w zmianach kręgosłupa. Często zmiany stwierdzone w dużych stawach kończyn mogą wyświetlić pochodzenie zmian w kręgosłupie. Z drugiej strony musimy pamiętać o tym, że przy pewnej wrażliwości konstytucjonalnej, uraz dotyczący nawet narządów odległych, może stać się przyczyną wystąpienia zmian w kręgosłupie *(Hoffa)*.

Nie możemy pominąć całkowicie wpływu urazów psychicznych, które wedle koncepcji *Leriche'a*, drogą układu współczulnego mogą wywoływać zaburzenia naczynioruchowe, a te ze swej strony mogą stać się przyczyną wystąpienia pewnych zmian anatomicznych. Jeżeli tak często spotykane opowiadania o „przysypaniu wskutek wybuchu granatu" u inwalidów wojennych lub o ciężkim wypadku ogólnych kontuzji w pracy, np. upadku z dużej wysokości, znajdują potwierdzenie w aktach, to choć doraźnie mogło nie być żadnych wyraźnych uszkodzeń, jednak wstrząs psychiczny łącznie z pozornie nic nie znaczącymi, drobnymi kontuzjami, może stać się punktem wyjścia dla późniejszej sprawy zniekształcającej w kręgach.

Dużą rolę odgrywa również zawód: ludzie pracujący ciężko fizycznie, a w szczególności dźwigający ciężary, są narażeni na szkodliwy wpływ czynników mechanicznych; występują u nich procesy nadmiernego zużycia w postaci zmian zniekształcających — spondylarthritis ankylopoëtica i deformans. Zmiany te występują tym wcześniej i intensywniej, im mniejsza jest wartość konstytucjonalna aparatu stawowego w ogóle. Wilgoć, chłód i sposób odżywiania również wywierają tu wpływ *(Reicher)*.

Przypadek kiły kręgosłupa obserwowany na naszym oddziale, leczony i rozpoznawany przez wiele lat i wiele klinik i zakładów jako przypadek gruźlicy, która rozwinęła się w następstwie urazu, zmusza do zwrócenia uwagi i w tym kierunku. Zdawać by się mogło, że z chwilą stwierdzenia kiłowej etiologii cierpienia, nie możemy przyznać związku ze służbą wojskową, względnie z wypadkiem przy pracy. Jeżeli jednak miał miejsce uraz kręgosłupa, to musimy pamiętać, że ma on wybitny wpływ na przebieg kiły, że, podobnie jak przy gruźlicy, może ją uruchomić i ujawnić, a miejsce urazu może stać się siedliskiem kilaków. Uraz zadany nawet na kilka lat przed zakażeniem kiłowym może spowodować w tym samym miejscu rozwinięcie się procesu zapalnego, a o ile łączył się z uszkodze-

niem rdzenia, może nasilić ukryte dotychczas objawy wiądu, lub nawet może być momentem wywołującym umiejscowienie się sprawy specyficznej w rdzeniu *(Bernard)*.

W przypadkach, w których nie jesteśmy w stanie ustalić przyczyny zmian stwierdzanych w kręgosłupie, musimy jeszcze zwrócić uwagę na możliwość istnienia zmian wrodzonych — zaburzeń rozwojowych. Wtedy najczęściej będziemy mogli znaleść jeszcze i inne cechy, np. bloki zrośniętych kręgów mogą robić wrażenie przebytej sprawy urazowej lub chorobowej; zwykle jednak bloki te wyróżnia nieparzysta ilość wyrostków poprzecznych lub żeber, nadto znajdujemy często i inne zmiany wrodzone, jak rozszczepienie łuków kręgów (spina bifida posterior lub znacznie rzadsza anterior), co pozwoli nam na wyjaśnienie istoty schorzenia. Wreszcie w starości zgąbczenie kręgów prowadzi do zapadania się trzonów, dając obrazy podobne do złamań, a zmiany te wg. *Junghansa* występują więcej niż u 50% ludzi po 50-ym roku życia *(Łapiński)*.

Z chwilą gdy mimo wszystko nie możemy ustalić istoty schorzenia, a istnieje dowód przebytej dłuższej służby w polu lub ciężkiej pracy fizycznej w warunkach mogących spowodować procesy nadmiernego zużycia, wtedy dopiero możemy zastosować formułkę o niekorzystnym wpływie służby w polu lub pracy fizycznej, przyjąć mniejszą wartościowość kręgosłupa i przyznać częściowy związek cierpienia wraz z odpowiednim do zmian procentem niezdolności do pracy.

Widzimy więc, jak w przypadkach mniej jasnych, gdzie stwierdzenie urazu napotyka na pewne trudności i wątpliwości, wydanie oceny musi się opierać na wszechstronnym i dokładnym badaniu; widzimy, że nie wystarcza samo ustalenie rozpoznania i stwierdzenie zmian anatomicznych, ale dopiero wyświetlenie przyczyny z uwzględnieniem tła, czynników konstytucjonalnych i całego szeregu okoliczności mogących mieć wpływ na przebieg schorzenia, pozwoli ostatecznie wyświetlić sprawę i wydać sprawiedliwą ocenę.

PIŚMIENNICTWO.

Böhler L.: Die Technik der Knochenbruchbehandlung 1937, *Dega W.:* Arthritis deformans tibio-fibularis a uraz. Chir. N. R. Tom IV, z. IV 1931, *Kochanowski J.:* O obrotowych nadwichnięciach kręg. lędźw. przy jego bocznym wygięciu. Chir. N. R. Tom VIII z. II 1935, *Kukliński I.:* Czynniki anatomiczne i mechaniczne w złamaniach wyrostków poprzecznych kręg. lędźw. Chir. N. R. Tom IX z. I i II 1926, *Levittoux H.:* W sprawie patogenezy choroby Scheuermanna i Schmorla. Chir. N. R. Tom VI z. II 1933, *Łapiński Z.:* Urazy kręgosłupa i rdzenia. P. Przegl. Chir. Tom XV z. V 1936, *Hoffa A.:* Orthopädische Chirurgie 1925, *Matti H.:* Die Knochenbrüche und ihre Behandlung 1922, *Mesz N.* i *Piwko N.:* O roli tarczy międzykręgowej w fizjologii i patologii kręgosłupa. Chir. N. R. Tom V z. I 1932, *Peter J.:* Nowy sposób zawieszenia chorego, zapobiegający odleżynom w złamaniach kręgosłupa z całkowitym porażeniem poprzecznym. Chir. N. R. Tom VII z. III—IV 1934, *Raszeja F.:* Leczenie nieswoistych spraw zapalnych kręgosłupa. Chir. N. R. Tom IX z. I—II 1936, *Reicher E.:* O rozpowszechnieniu i niezakaźnych przyczynach cierpień gośćcowych. Wiedza Lek. z. I 1933, *eadem:* Arthroso-arthritis deformans. Wiedza Lek. z II-III 1936, *eadem:* Choroba Scheuermanna. Wiedza Lek. z. IV 1936, *Sommer R.:* Die traumatische Verrenkungen der Gelenke 1928, *Wolszczan J.:* Ocena urazu w przypadku wielostawowego schorzenia. Ch. N. R. Tom VI z. III 1933, *idem:* O złamaniach i zwichnięciach kręgosłupa. Ch. N. R. Tom VI z. IV 1933, *idem:* Boczne skrzywienie kręgosłupa a wypadek. Ch. N. R. Tom VII z. III—IV 1934.

ZUSAMMENFASSUNG

Einige Bemerkungen über das Gutachten von Wirbelsäuleverletzungen

v.

Dr A. Sołtysik (Lwów).

Laut statistischen Angaben beträgt die Zahl der Wirbelsäuleverletzungen im Verhältniss zu allen anderen Verletzungen cca 2%. Inzwischen ersieht man aus dem im Militärspital ambulatorisch untersuchten Kriegsinvalidenmaterial, dass cca 10% der Kriegsinvaliden wegen Wirbelsäuleerkrankungen entweder eine Rente beziehen oder um eine solche ansuchen.

In frischen Fällen trifft das Gutachten auf keine Schwierigkeiten, in älteren dagegen, in denen die angebliche Verletzung keine Spur zurückliess, finden wir öfters, klinisch wie auch rentgenologisch, Veränderungen, die verunstaltenden, spezifischen Leiden oder auch unspezifischen Entzündungen entsprechen.

Das Gutachten muss sich auf einer vielseitigen und genauen Untersuchung stützen, es genügt nicht die Feststellung der Diagnose. Erst die Aufklärung der Ursache mit Berücksichtigung der konstitutionellen Elemente und einer Anzahl von Umständen, die einen Einfluss auf die Erkrankung haben können, erlaubt uns den Krankheitszustand aufzuklären und ein gerechtes Gutachten zu stellen.

KAZUISTYKA

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: *Prof. dr T. Ostrowski.*

O rzadkim przypadku mucocele zatoki czołowej

podali

Dr Józef Sieniawski i dr Stanisław Kossowski.

W rozpoznaniu różniczkowym torbieli czaszki dopiero prace *Chiarisa* o ich etiologii wprowadziły porządek i systematykę, tak że podług dzisiejszego stanu wiedzy odróżniamy *(Hesse)* trzy rozmaite postacie torbieli:

a) torbiele retencyjne (cysty follikularne wg. *Chiarisa,* mucocele itd.),
b) wrodzone dermoidy,
c) urazowe torbiele nabłonkowe.

Etiologia tych trzech postaci torbieli jest ściśle od siebie odgraniczona i różna.

T o r b i e l e r e t e n c y j n e są najczęstszym i najtypowszym guzem czaszki; występują zarówno w wieku średnim jak i późniejszym, kształtu są półkulistego, wielkości rozmaitej, występują pojedyńczo albo mnogo w różnych miejscach czaszki. Małe torbiele retencyjne charakteryzują się konsystencją twardą, duże — przeważnie miękką (chełbotanie), względem swojej podstawy są ruchome, a skóra nad nimi przesuwalna. Do grupy tej zaliczamy także mucocele czaszki, które pod względ-

dem mechanizmu powstawania są zupełnie podobne do torbieli nabłonkowych, jakkolwiek pewne szczegóły kliniczne różnią mucocele od innych torbieli.

D o w r o d z o n y c h d e r m o i d ó w należy zaliczyć właściwe dermoidy i epidermoidy; są to torbiele czaszki wyłącznie wrodzone. Występują rzadko, prawie zawsze pojedyńczo, charakteryzują się kształtem półkulistym. Skóra nad nimi jest nie zmieniona i przesuwalna. Wychodzą nie tylko z warstw właściwych skóry, lecz także z warstw głębiej położonych (galea aponeurotica, musculus epicranius), bardzo często z powierzchownych części kostnych, przez co powodują nie tylko wtórny zanik kości, lecz także powstrzymują we wzroście kostnym okostnę czaszki, połączoną z torbielą. Związek ten jest nieraz tak ścisły, że przy zabiegu musi się usunąć część kości, a ubytek pod dermoidem, względnie epidermoidem, tak znaczny, że widoczna jest odsłonięta opona twarda. Powstawanie dermoidów i epidermoidów należy odnieść niewątpliwie do płodowego oddzielenia się części zawiązków skóry, co zostało udowodnione histopatologicznymi obrazami ścian torbieli. Ściana wrodzonego dermoidu, zwykle znacznej grubości, składa się zasadniczo z elementów podstawowych skóry (gruczoły potowe, łojowe, torebki włosowe itd.), niekiedy jednak w niektórych miejscach ściany torbieli brak jest tych typowych elementów skóry. Badanie histopatologiczne ścian torbieli pozbawionych charakterystycznych i podstawowych elementów skóry wykazuje, jak to podnosi *König*, miękką tkankę łączną ze złogami olbrzymich komórek wielojądrzastych; uzewnętrznia się to już makroskopowo w postaci plamek koloru brązowego. W przeciwieństwie do dermoidów zbudowanych z elementów rozwojowo zupełnie wykształconej skóry — epidermoidy charakteryzują się tym, że składają się wyłącznie z komórek nabłonkowych (po większej części sześciennych), bez właściwych charakterystycznych składników skóry. Epidermoidy należy również odnieść do zaburzeń płodowych skóry; wykształcają się one z zarodków nabłonkowych, pozbawionych dodatkowych elementów skórnych. Również i w ścianach epidermoidów w miejscach pozbawionych nabłonka może występować olbrzymio-komórkowa tkanka ziarninowa *(Ribbert)*. Oleista treść dermoidów i epidermoidów przypomina torbiele retencyjne *(Reinhold)*, często zmieszana jest z elementami krwi, skutkiem czego przybiera barwę brązową lub czekoladową. Niekiedy treść torbieli ma charakter surowiczy, przez co daje często pole do pomyłek różniczkowych z przepukliną oponową (meningocele), z mucocele itd., szczególnie wtedy, gdy pod torbielą brak jest kości czaszki. Dermoidy i epidermoidy występują w typowych miejscach czaszki, najczęściej na zewnętrznej części brzegu oczodołowego i przyległej okolicy skroniowej, w wewnętrznym kącie oka, na gładziźnie i w okolicy nasady nosa. Oprócz tych typowych miejsc pojawiają się na podstawie jamy ustnej, w okolicy podszczękowej *(Cederbaum)*, na mostku, przednim śródpiersiu, w okolicy pępka. *Wendriner* spostrzegał dermoidy mostka. pozostające w związku z pozostałościami grasicy. W jamie brzusznej najczęściej spotykamy je w krezce *(Cornis, Forster, Federmann, Sommer)*, w sieci wyrostka *(Wilms)*, zaotrzewnowo *(Kaposi)*, w kanale pachwinowym *(Navaro)* i w sznurze nasiennym *(Wrede)*.

Do grupy trzeciej zaliczamy wszystkie t o r b i e l e p o w s t a j ą c e s k u t k i e m u r a z o w e g o rozpryśnięcia się nabłonków skóry *(Reverdin, Garré, Hesse)*. Zwrócono uwagę, że pod wpływem ciał obcych wnikających w nabłonek powstaje małe wydrążenie o charakterze tor-

bieli, z odczynowo utworzoną torebką włóknistą, wypełnione treścią ze złuszczonych nabłonków. Szereg autorów (*Kaufmann, Ribbert, Schweniger)* doświadczalnie wywoływało powstanie tego rodzaju torbieli. Należy podkreślić, że urazowe torbiele pod względem morfologicznym są zupełnie identyczne z epidermoidami. Występują przeważnie pojedyńczo, często znajdują się na podstawie jamy ustnej, łopatce, pośladkach i członku męskim.

M e c h a n i z m p o w s t a w a n i a m u c o c e l e łączy się ściśle z utrudnieniem odpływu śluzu z jam dodatkowych nosa wskutek ucisku guzów, lub procesów zapalnych dających jako zejście zrosty i zbliznowacenia. W przypadkach tych, wskutek utrudnionego odpływu śluzu z zatok dodatkowych jam nosowych, przychodzi w następstwie do rozszerzenia i rozdęcia zatok, najczęściej czołowej, rzadziej klinowej i sitowej: wskutek patologicznego zwiększenia się pojemności zatok przychodzi do zmian wstecznych w kośćcu czaszki. Zawartość mucocele składa się ze śluzu wydzielanego przez błonę śluzową zatok, często z domieszką elementów krwi. W następstwie zakażenia zawartość śluzowa mucocele przechodzi często w ropną (pyocele).

W początkowych okresach choroby rozpoznanie kliniczne jest trudne, skargi chorych mają charakter nieoznaczony i nieokreślony, po większej części odnoszą się do uczucia ucisku, bólu głowy, braku koncentracji myślowej itd. Radiogramy okolicy czołowej wykazują rozdęcie zatoki czołowej, przepuszczające promienie Rtg., przy klinicznych, fizykalnych objawach stłumienia. Dopiero w późniejszych okresach, kiedy mucocele osiąga dość znaczną wielkość, rozpoznanie kliniczne z uwzględnieniem badań dodatkowych jest łatwe. W każdym przypadku należy wykonać badanie laryngoskopowe. W przypadkach zaawansowanych spotykamy się często z ubytkami kostnymi.

Niżej przedstawiamy przypadek mucocele zatoki czołowej rzadkiej wielkości. *H. J. Williams* demonstrując na posiedzeniu Amerykańskiego Towarzystwa Oto-laryngologów przypadek mucocele zatoki czołowej znacznie mniejszy od naszego, podkreśla, że jego przypadek jest największy z opisanych w piśmiennictwie amerykańskim.

Chora J. K. lat 55, zamężna, rolniczka. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Obecna choroba rozpoczęła się przed 10 laty bólami w kościach twarzy, żuchwy, szczęki górnej oraz kości czołowej. Przed dwoma laty chora zauważyła guzek ponad prawym oczodołem po stronie nosowej w pobliżu nasady nosa. Guz stopniowo powiększał się aż do wielkości pięści, rozpychając kości, zajmując całą przestrzeń pomiędzy oczodołami, rozsuwając gałki oczne na boki. Chora widziała coraz gorzej. Kilkakrotnie zwracała się do miejscowego lekarza, który guz punktował. Ponieważ stan chorej nie poprawiał się, zgłosiła się do Kliniki. Od początku choroby chora ma węch upośledzony, słuch utrzymany, czuje się osłabiona, dużo sypia, apetyt upośledzony, stolec zaparty, mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: chora wzrostu niskiego, odżywienia lichego; budowa kośćca delikatna, skóra brunatna, wiotka, o podściółce tłuszczowej zanikłej, naczynioruchowo nie pobudliwa. Głowa prawidłowo ustawiona, ruchomość ku przodowi nieco ograniczona, ku tyłowi dobra. Czaszka symetryczna, nieco bolesna na opukiwanie, wyrostki sutkowe bez zmian. Nerwy czaszkowe V i VII bez zmian. Nos drożny. Gałki oczne ustawione na boki, źrenice równe, okrągłe, na światło i akomodację miernie reagujące. Szyja bez zmian. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian.

Stan miejscowy: W zakresie czoła stwierdza się guz wielkości pięści dziecka, ku dołowi sięgający do połowy grzbietu nosa, ku bokom symetrycznie do kątów zewnętrznych powiek, ku górze nie dochodzi na 3 cm. do owłosionej części głowy. Skóra nad guzem nie zmieniona, przesuwalna, widoczna siatka rozszerzonych naczyń żylnych. Obmacywaniem — guz o konsystencji elastycznej, powierzchni gładkiej, nie bolesny (rys. 1a, b).

Badanie krwi: ciałek czerwonych 3,010,000, ciałek białych 3,800, leukocytów neutr. segm. 62,4%, leukocytów eozyn. 2,8%, tucznych 1,2%, limfocy-



Rys. 1a.



Rys. 1b.

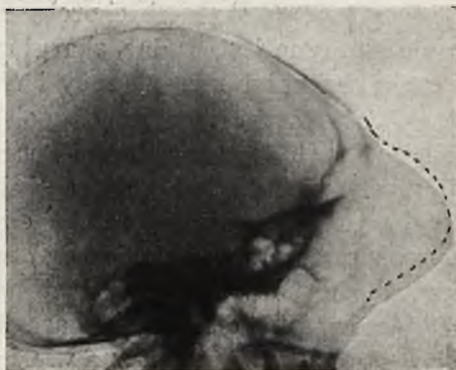
tów 33,2%, monocytów 0,4%. Mocz bez zmian patologicznych. Badanie okulistyczne: cataracta senil. incipiens oculi. Fundus normalis oculi. Visus 6/18. Presbyopia.

Badanie rentgenowskie (dr Streit): Radiogramy jam bocznych nosa (rys. 2 a, b) wykazują



Rys. 2a.

torbielowate rozdęcie zatok czołowych, w obrębie których brak przegródek kostnych. Ukształtowa-nie zatok czołowych zmienione przez rozdęcie obwodowych ścian. Przy wspomnianych zmianach zarysy tych jam są ostre i nie wykazują cech zniszczenia tkanki kostnej, ani też zmian okostnych. Jedyną zmianą uciskową w układzie kostnym jest przemieszczenie kości nosowych w kierunku kranialnym — umiejscowiają się one w linii środkowej czaszki prawie na wysokości guzów czołowych. Boczne ograniczenie rozdętej prawej zatoki czołowej sięga prawie zewnętrznego górnego kąta oczodołu, lewa zatoka czołowa mniej rozdęta,



Rys. 2b.

przekracza w lewo o 1½ cm górny wewnętrzny kąt oczodołu lewego. **Komórki sitowe tak samo**



Rys. 3a.



Rys. 3b.

wykazują brak przegródek kostnych, jak i zatoki czołowe. Siodełko tureckie, zatoka klinowa, jamy szczękowe bez zmian. Mimo wspomnianych zmian, jamy czołowe i sitowe są dla promieni przepuszczalne (lekkie przyćmienie).

Zabieg operacyjny (prof. dr T. Ostrowski): W znieczuleniu miejscowym 1% nowokainą z dodatkiem adrenaliny, cięciem przebiegającym przez szczyt guza w linii środkowej ciała od połowy czoła do nasady nosa, otwarto torbiel, z której wydobyła się treść śluzowa barwy zielono-brunatnej. Po usunięciu płynu ukazała się jama wielkości pięści, wyścielona tkanką łączną; na dnie widoczne tętnienie. Przednią ścianę torbieli usunięto, wycinek posłano do badania. Ranę zeszyto szwem dwuwarstwowym, w dolnym biegunie pozostawiono pęczek catgutu. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rys. 3a i b przedstawiają chorą po zabiegu operacyjnym.

Badanie histopatologiczne torbieli: Ściana torbieli zbudowana jest ze zbitej, częściowo szklistej tkanki łącznej, wyścielona jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym. W ścianie blaszka kostna.

Każdy przypadek mucocele zatoki czołowej należy traktować pod względem operacyjnym ściśle indywidualnie, uwzględniając wielkość zmian miejscowych, zniszczenie blaszki kostnej zatoki czołowej itd. Wybór i sposób metody operacyjnej należy dostosować do każdego przypadku. Doświadczeniu osobistemu operatora należy zostawić wybór metody, czy to na drodze endonasalnej, czy też na drodze radykalnej sposobem *Riedela, Killiana, Ritter-Jansena,* względnie *Kuhnta.* W naszym przypadku ze względu na podeszły wiek chorej, zły stan ogólny i duże zmiany miejscowe, polegające na zupełnym zniszczeniu zatoki czołowej, wykonano zabieg najprostszy, polegający na usunięciu dużej części śluzówki, stwarzając tym samym dogodniejsze warunki dla zmniejszenia wydzielania śluzu.

Szereg autorów, m. in. *Williams* stara się stworzyć przy operacji mucocele zatoki czołowej kanał sztuczny z błony śluzowej, łączący zatokę czołową z jamą nosową, stwarzając tym samym dogodne warunki dla odpływu śluzu. *Williams* opisując swój przypadek słusznie podnosi, że największą trudność stanowi zbudowanie i utrzymanie kanału przydatnego dla stałego drena-

żu zatoki czołowej, a w tym celu zakłada do stworzonego kanału na 24 godziny tampony gazowe z wazeliną. Według jego doniesienia sposób ten zabezpiecza przed możliwością powstania zrostów powodujących obliterację sztucznych kanałów.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Wojciechowski:* Chirurgia, T. I, str. 20, 148, 189, 216. 2. *Garré - Küttner - Lexer:* Handbuch der praktischen Chirurgie, Bd. I S. 47. 3. *Kirscher - Nordmann:* Chirurgie II B. S. 187, 794. 4. *Demel:* Diagnostik chirurgischer Erkrankungen S. 9. 5. *Rutkowski:* Chirurgia, T. III, str. 655, 472, 479. 6. *Williams H. L.:* Mucocele of the left frontal sinus. Proceedings of the Staff Meedings of the Mayo Clinic. R. 1937, str. 665.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Centralnego Ubezp. Społ. w Sosnowcu.
Ordynator: *Dr M. Trawiński.*

Przypadek wady rozwojowej moczowodów, powikłany roponerczem i kamicą

podał

Marian Buchacz.

Wady rozwojowe moczowodów (a co za tym idzie i nerek) są anomalią mniej rzadką niżby się zdawało. Zdarza się dość często, że narządy te ulegają wtedy rozmaitym schorzeniom, jak to podkreślają: *Adrian, Lichtenberg, Burghele, Kelternborns, Szerszyński* i ini. Na ogół przyjęto nawet, że dzieje się to względnie łatwo; należy dopatrywać się pewnego usposobienia wadliwie rozwiniętych nerek do zachorowań *(Laufer* — 22,9%, *Endelman, Gilels, Franck, Mayo, Braasch* — wg. *Laufera).*

W obrazie klinicznym spostrzegamy wtedy w poszczególnych przypadkach niezwykłe objawy, wymagające specjalnej interpretacji. Jeden taki przypadek mieliśmy możność obserwować niedawno [1]).

Chory K. H. lat 49, urzędnik, zgłosił się na Oddział 1.VII 1937 r. z powodu datujących się od kilku dni dolegliwości w obu okolicach lędźwiowych. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie miał. Od 1924 r. leczył się z powodu lewostronnej kamicy nerkowej, która dawała znak o sobie silnymi napadami bólowymi, początkowo raz na 2 lata, później co 6 — 12 miesięcy, a ostatnio od stycznia r. b. raz na 2 — 4 tygodnie. Bóle po stronie prawej pojawiły się po raz pierwszy i mają charakter podobny, o nasileniu jednak wyraźnie słabszym. W międzyczasie odeszły 3 drobne kamienie.

B a d a n i e   p r z e d m i o t o w e: stan ogólny chorego — dobry. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej b. z. Nieznaczna bolesność uciskowa brzucha w okolicy obu nerek i żywa reakcja na ostukiwanie okolicy lędźwiowej lewej. Ciepłota podgorączkowa.

B a d a n i e   m o c z u (wielokrotne) wykryło: obecność substancyj białkowych 0,4 — 0,9‰, bardzo liczne ciałka białe i pojedyncze ciałka czerwone. Ciężar moczu i oddziaływanie prawidłowe.

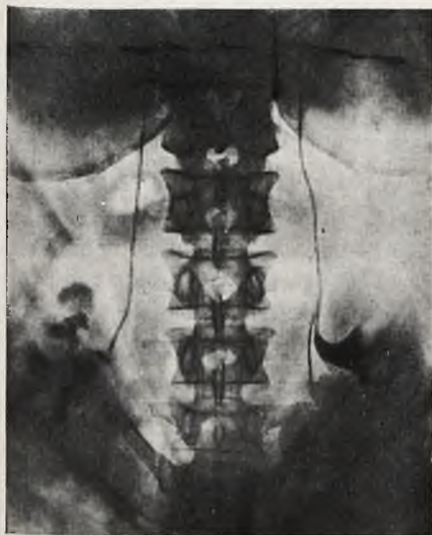
B a d a n i e   r a d i o l o g i c z n e. Po podaniu dożylnym tenerbilu: zarysy miedniczki, kielichów i miąższu nerki prawej prawidłowe. Moczowód rozgałęziony w krótkim górnym odcinku, tworzy kształt litery Y. Po stronie lewej zarysy nerki powiększone. Miedniczki i kielichy rozszerzone nieprawidłowo, tworzą jakby jamy, w

[1]) Pokazywany w Tow. Lekarskim Zagł. Dąbr. dnia 22.IX 1937 r.

których zalega płyn kontrastowy i widać cienie kamieni (rys. 1).

Wziernikowanie pęcherza (z podaniem dożylnym indygokarminu) wykryło właśnie okoliczności osobliwe. Ujście moczowodu prawego położone w miejscu typowym, wydziela barwnik w sposób prawidłowy. Po stronie lewej 2 ujścia moczowodowe, jedno cieńsze, drugie grubsze, leżą nad sobą w odległości nie większej jak 1,5 cm. Z ujścia mniejszego, położonego ku dołowi i na wewnętrz, barwnik pokazał się w swoim czasie i o dobrym natężeniu, z górno-bocznego natomiast wypływa ciecz o wyglądzie moczu, zmieszanego z ropą. Poza tym pęcherz beleczkowaty, błona śluzowa dna przekrwiona.

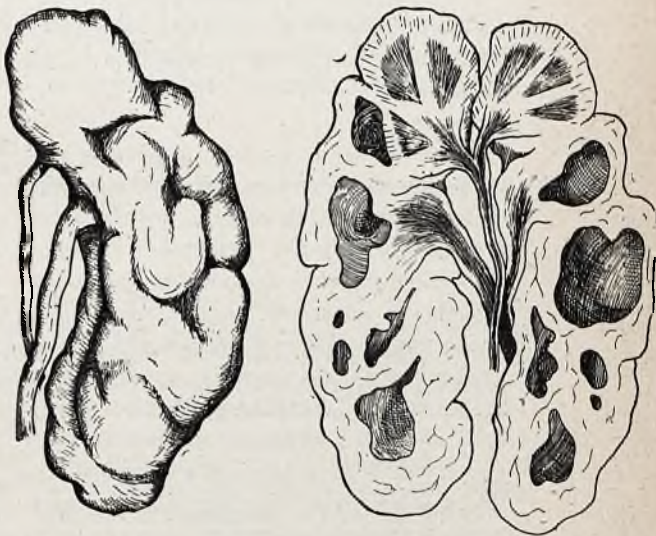
Pyelografia wstępująca (tenebril) dała obraz pokrywający się z wynikiem pierwszego badania z tym, że cewnik moczowodowy po stronie lewej udało się wprowadzić tylko do grubszego otworu moczowodowego.



Rys. 1.

Rozpoznanie ustalono jako *kamicę nerki lewej z zakażeniem ropnym i wadę rozwojową moczowodów obustronną:* po stronie prawej rozgałęzienie moczowodu w górnej części, po stronie lewej moczowód podwójny. Chorego poddano operacji dnia 10. IX. Uśpienie eterowe. Dostęp do nerki lewej z cięcia Israela. Nerka powiększona; przy obmacywaniu stwierdza się parę wielkich jam, wypełnionych cieczą i zawierających kamienie. Górna, niewielka tylko część nerki robiła wrażenie zdrowej. Podczas wydzielania moczowodu stwierdzono, że jest on podwójny — jeden, cieńszy, prowadził do tej właśnie zdrowej na wygląd części nerki, drugi miał grubość prawidłową. Nerkę usunięto w sposób typowy po zaopatrzeniu kikutów obu moczowodów, po czym ranę zeszyto warstwowo z pozostawieniem małego sączka gazowego. Przebieg pooperacyjny gładki. Chory wyzdrowiał.

Po rozcięciu usuniętej nerki okazało się, że istotnie większa jej część składała się z szeregu jam wypełnionych ropą, w których, prócz tego, zalegały mniejsze i większe kamienie. Miąższ tej części nerki był



Rys. 2.

zupełnie zniszczony. Natomiast górna, nieproporcjonalnie mniejsza część nerki, na przekroju wyraźnie oddzielająca się w postaci osobnego płata, miała miąższ o wyglądzie prawidłowym (potwierdziło to badanie mikroskopowe). Dwie miedniczki, jedna większa, druga mniejsza (górna) i dwa moczowody — opisane wyżej (rys. 2).

Jak widzimy mamy tutaj obraz wady rozwojowej moczowodu i nerki — typ nerki podwójnej z dwoma moczowodami. Wobec tego staje się zrozumiałe zjawisko uzyskane podczas wziernikowania pęcherza. Z ujścia położonego niżej stwierdzono wydzielanie się moczu intensywnie zabarwionego indygokarminem, gdyż był to mocz, wypływający przez cienki moczowód z „płata" górnego nerki, czyli z jej części zdrowej. Mocz mętny, ropiasty, bez domieszki barwnika, wyciekał z ujścia wyżej położonego, przez grubszy, osobny moczowód, pochodzący z części chorej. Po stronie prawej, jak wykazało badanie radiologiczne, mamy w tym przypadku moczowód rozszczepiony, co pozwala rozpoznać wadę złożoną.

Nerkę usunięto w całości, gdyż prawdziwy obraz podziału na część chorą i zdrową dokładnie można było ustalić dopiero na przekroju.

Rozpoznawanie wad rozwojowych moczowodów do niedawna było możliwe tylko podczas zabiegu lub badania pośmiertnego i stanowiło jedynie przedmiot dociekań embriologicznych i anatomicznych. Ostatnio, dzięki rozwojowi techniki badania układu moczowego, wykrycie wady i jej określenie stało się względnie łatwe i częstsze *(Adrian i Lichtenberg, Hutter i Sgallitzer, Boeckel i Franck)*. Odsetek ścisłych rozpoznań klinicznych jest większy od wyników sekcyjnych. Tłumaczy się to zmniejszoną wartością biologiczną narządu wadliwie rozwiniętego ze zmienionymi stosunkami anatomicznymi. *Mayo* na 649 przypadków operowanych zaobserwował 26 z wadami rozwojowymi. *Fiodorow* na 558 — 17 przypadków (według *Gilelsa)*. Wg. *Heckenbacha* nierównoległa perystaltyka moczowodów podwójnych przyczynia się do zastoju moczu i następowych zaburzeń.

Nieprawidłowości moczowodów sprowadzają się wedle ogólnie przyjętej zasady do liczby, średnicy, postaci i miejsca ujścia *(Marion* i inni). Odnośnie do liczby rozróżniamy: 1) moczowód rozszczepiony (urether fissus) i 2) moczowód podwójny (urether duplex). Moczowód rozszczepiony przedstawia się w kształcie litery Y i ma jedno ujście pęcherzowe. Moczowód podwójny ma 2 ujścia. W myśl t. zw. prawa *Weigert - Meyera* dolne i przyśrodkowe ujście odpowiada górnej miedniczce, górne i boczne — dolnej. Prawo to, zdaniem *Papina,* jest stałe. W niektórych przypadkach ujście dodatkowego moczowodu może leżeć poza pęcherzem: stercz, cewka moczowa, pochwa itp. *(Verliac, Allenbach)* lub kończyć się ślepo w jego ścianie *(Marion, Adrian — Lichtenberg)*. Wady moczowodów mogą być dwustronne. Która z nich występuje częściej — na podstawie zestawień różnych autorów wypada rozmaicie: *Mayo, Braasch i Scholl* zaobserwowali w 68% rozszczepienie, w 25% natomiast zdwojenie zupełne (według *Burghele)*.

W obydwu wymienionych typach moczowody wpadają do oddzielnych miedniczek; odnośne nerki nazywamy wtedy podwójnymi. Ta podwójność nerki może być wyraźnie zaznaczona, gdy pomiędzy dwoma częściami (płatami nerki) widzimy przegrodę łącznotkankową, lub też oba odcinki zlewają się ze sobą w jednolitą całość.

Zdwojenia moczowodów nie należy zaliczać do wad wstecznych; są to zaburzenia rozwojowe z 4. — 5. tygodnia życia płodowego. Wtedy to z tylnej ściany przewodu Wolffa, według *Feliksa,* w miejscu połączenia jego ze stekiem odchodowym powstaje t. zw. pączek moczowodowy, który rozwija się w kierunku tkanki nerkotwórczej (blastemu nerki). Dwa zawiązki moczowodów, 2 pączki moczowodowe po jednej stronie płodu są powodem powstania drugiego moczowodu. Każdy moczowód w warunkach prawidłowo przebiegających dzieli się

w pobliżu nerki na t. zw. dwa wielkie kielichy; jeżeli podział ten nastąpi nieco niżej, powstaje moczowód rozszczepiony. Każdy z moczowodów pobudza otaczającą go tkankę nerkotwórczą, która jest pochodzenia mezodermalnego, do tworzenia oddzielnej nerki. W ten sposób powstaje nerka podwójna *(Endelman)*. Chociaż wyglądają one jak jedna, ale obie części rozdzielone są pasmem tkanki łącznej i są niezależne od siebie pod względem czynnościowym, co potwierdza anatomia, fizjologia i klinika. Podwójności moczowodów odpowiada podwójność gruczołowa i wobec tego mówiąc o moczowodzie podwójnym ma się na myśli również nerkę podwójną *(Guyot* i *Jeanneney)*. Rozpoznanie wad układu moczowego przy dzisiejszym postępie metod badania stało się łatwiejsze. O ile jednak stwierdzenie moczowodu podwójnego jest bądź co bądź nietrudne, o tyle wykrycie rozszczepienia nasuwa większe trudności.

Boeckel, Papin, Leynen i *Maingot* (wg. *Leńki)* radzą wykonywać pyelografię wstępującą, wstrzykując płyn kontrastowy na wysokości kilku centymetrów od ujścia moczowodu do pęcherza, które zazwyczaj leży w miejscu prawidłowym. Niezależność układu każdego z moczowodów pozwala czasem uzyskać różny mocz z tego samego ujścia *(Marion)* i z góry wykreślić plan postępowania, które, w miarę możności, winno sprowadzać się do usunięcia jedynie zmienionej części nerki (heminephrectomia).

W naszym wypadku zjawisko zaobserwowane podczas wziernikowania pęcherza pozwalało przypuścić obecność wady rozwojowej powikłanej kamicą, co potwierdziło dokładne zbadanie usuniętej nerki. Przypadek ten zasługuje również na uwagę, ponieważ mamy tu do czynienia z wadą rozwojową złożoną (z jednej strony moczowód podwójny, z drugiej — rozszczepiony), bardzo rzadko przytaczaną w piśmiennictwie.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Adrian und v. Lichtenberg:* Die klinische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Harnleiters und des Nierenbeckens. Zeitschr. f. urol. Chirurgie. N. 1. 1913, 2) *Allenbach, Boeckel et Franck:* Uretère surnuméraire borgne. Journal d'Urologie. T. XXI, z. 1. 1926, 3) *Boeckel et Franck:* Étude générale de l'uretèro-pyélographie et de ses résultats d'après 575 cas. Lyon Chirurgical. T. XXVII N. 1. 1931, 4) *Burghele:* Contribution a l'étude des anomalies réno-uretèrales. Lyon Chirurgical. T. XXX N. 4. 1933, 5) *Endelman:* O podwójnych nerkach i moczowodach. Pol. Przegl. Chir. T. VIII z. 2. 1934, 6) *Frangenheim u. Wehner:* Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Kirschner, Nordmann. Die Chirurgie. 1927, 7) *Gilels:* Przyczynek do wrodzonych wad nerek. Pol. Przegl. Chir. T. VIII z. 6. 1934, 8) *Guyot-Jeanneney:* Étude physio-pathologique d'un rein à uretère double. Journal d'Urologie. T. XV z. 2. 1923, 9) *Heckenbach:* Die Heminephrectomie bei Erkrankungen der Doppelniere. Ztbl. f. Chir. N. 46. 1928, 10) *Hutter u. Sgalitzer:* Zur röntgenologischen Darstellung der Nieren und Harnwege. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. T. XLI z. 6. 1930, 11) *Kelternborns:* Beiderseitige Ureter duplex und calculi renis. Ztbl. f. Chir. N. 1. 1938, 12) *Laufer:* O kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Chirurg Polski. N. 10. 1937, 13) *Leńko:* Przyczynek do chirurgii nerki z wadą rozwojową moczowodu. Pol. Przegl. Chir. T. V z. 3. 1926, 14) *Marion:* Traité d'Urologie. 1928, 15) *Papin:* Les uretères doubles et la loi de Weigert. Journal d'Urologie. T. XXV z. 4. 1928, *idem:* Sur un cas d'uretère double dont l'un est aveugle. Journal d'Urologie. T. XXV z. 5. 1928, *idem:* Sur la bifidité uretèrale. Journal d'Urologie. T. XXIII z. 2. 1927, 16) *Szerszyński:* Kamica nerki z podwójną miedniczką. Medycyna. N. 2. 1937. (Spraw. z posiedz. klin.), 17) *Verliac:* Anomalies réno-uretèrales. Journal d'Urologie. T. XXII z. 6. 1926.

Ze Szpitala Św. Ducha w Łomży.

Przypadek przepukliny przeponowej uwięźniętej, powikłanej przedziurawieniem dna żołądka

podał

Dr Mieczysław Wyszogrodzki

Dyrektor Szpitala.

Przepuklina przeponowa, zarówno wolna jak i uwięźnięta, pomimo bardzo licznych publikacyj kazuistycznych oraz prac systematycznych, przedstawia duże trudności rozpoznawcze. O zainteresowaniu przepukliną przeponową świadczy choćby roczna ilość publikacyj w prasie lekarskiej całego świata, wahającą się od 40 do 70. W Niemczech w roku 1925 przepuklina przeponowa była tematem 5 rozpraw doktorskich. Kongres chirurgów francuskich w roku 1935 obrał za temat programowy chirurgię przepony, a zwłaszcza przepukliny przeponowej.

Przy przeglądaniu piśmiennictwa daje się zauważyć, że przepuklina przeponowa bywa dość często „niespodzianką", odkrywaną dopiero na stole sekcyjnym (przyp. *H. Seidla* r. 1927, *Bardenheuera* 1927 i wielu innych). Objawy przepukliny przeponowej wolnej zależą przede wszystkim od jej rozmiarów. Małe przepukliny, gdy do jamy klatki piersiowej przedostaje się odcinek żołądka, jelita grubego lub cienkiego, cypel sieci, śledziona — dają przy niezbyt małym otworze w przeponie niewyraźne, nieregularne bóle w okolicy łuku żebrowego lewego, czasem lekkie trudności oddechowe po intensywnych wysiłkach (bieg, skok, dźwignięcie ciężaru itp.). Obiektywne stwierdzenie przepukliny przeponowej za pomocą prześwietlenia jest w tych przypadkach niemożliwe.

Dużo łatwiej jest rozpoznać przepuklinę przeponową wolną większego rozmiaru, zwłaszcza taką, która daje objawy przemieszczenia, względnie ucisku płuca lub serca wraz z zaburzeniami krążenia i oddechowymi. Opukiwanie i osłuchiwanie, a zwłaszcza wysłuchanie perystaltyki jelit w zakresie lewej połowy klatki piersiowej, może zdecydowanie nasunąć rozpoznanie przepukliny przeponowej. Jeśli znajdzie się wysoko ustawiony cień żołądka w obrazie rentgenowskim, odgłos bębenkowy w terenie dolnego płatu płuca lewego albo również stłumienie od tyłu i w dole lewej połowy klatki piersiowej, zwłaszcza jeśli objawy kliniczne pozwalają wyłączyć wysięk, względnie odmę opłucną, należy pomyśleć o przepuklinie przeponowej.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego występują w przepuklinie przeponowej o typie bólów w czasie i bezpośrednio po jedzeniu, jako gniecenia i tępe bóle w lewym nadbrzuszu i w dolnym odcinku klatki piersiowej (żołądek), lub jako napadowe wzdęcia, zatrzymania wiatrów i zaparcia stolca (poprzecznica, zagięcie śledzionowe okrężnicy).

Łatwiejsze jest rozpoznanie przepukliny zupełnie lub częściowo uwięzłej. Najczęściej rozpoznaje się wtedy ostrą lub podostrą niedrożność o typie, w zależności od poziomu uwięźnięcia (żołądek, jelito cienkie, okrężnica), niedrożności jelita cienkiego lub grubego.

Pewne dane rozpoznawcze w kierunku obecności przepukliny przeponowej nasunąć może dokładny wywiad co do urazu

przepony bezpośredniego (postrzał, rana przepony) lub pośredniego (uraz tępy, wybuch, upadek). Jednak mimo dokładnego wywiadu chory może nie pamiętać i nie podać urazu, tak jak w przypadku *Haudecka*, gdzie chory po pokazaniu mu zdjęcia rentgenowskiego, wykazującego obecność kuli w przeponie, przypomniał sobie, że przed 30-tu laty był postrzelony.

Do ustalenia rozpoznania przepukliny przeponowej bardzo wiele może dać obraz rentgenowski klatki piersiowej i jamy brzusznej. Wysokie ustawienie przepony i jej nieruchomość w stosunku do drugiej strony, przemieszczenie serca i płuca oraz delikatne, ledwie uchwytne niekiedy zarysy pętel jelitowych, komory gazowej żołądka, a zwłaszcza przedostawanie się kontrastu ponad przeponę jest pewnym dowodem istnienia przepukliny przeponowej. Wynik negatywny prześwietlenia nie wyłącza obecności przepukliny przeponowej.

O trudnościach rozpoznawczych najlepiej świadczy przypadek obserwowany w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. *(prof. Z. Radliński)*.

Chora W. M., lat 26, przyjęta do II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w dn. 30.IV 36 o g. 12-ej z rozpoznaniem: *pneumohydrothorax sin.*, *subileus.* Chora przybyła do I Klin. Wewnętrznej w dn. 29.IV 36. Choruje od 10 dni. Choroba zaczęła się bólami w dołku podsercowym, uciskiem w klatce piersiowej po stronie lewej, nudnościami. Wystąpiło zatrzymanie wiatrów i stolca,wzdęcie brzucha i bolesność w prawym podbrzuszu. Stosowano lewatywę 2 — 3 razy dziennie, sól gorzką i wstrzykiwania morfiny. 4 dni przed przybyciem do Kliniki stan chorej gwałtownie się pogorszył — wystąpiła duszność, sinica ust i kończyn, wymioty i zatrzymanie wiatrów i stolca. Nie gorączkowała. Mocz oddaje prawidłowo. Nie kaszlała, na choroby płucne nie chorowała. Ostatni period przed 5 dniami. W 16 r. życia ropień okołowyrostkowy, nacięty w Szpitalu w Grudziądzu; w 2 lata później usunięto wyrostek robaczkowy. Przed 4 laty spadła z wozu, padając na prawy bok — leżała 2 dni w łóżku. Od 3 lat ma po większych wysiłkach gniecenie w dołku, niekiedy tępe bóle bezpośrednio po jedzeniu. Stolce zaparte, co 2 — 3 dni oraz stałe wzdęcia brzucha. Przed 3 laty była badana ambulatoryjnie i prześwietlano przewód pokarmowy — żadnych zmian w zakresie przewodu pokarmowego nie znaleziono. W I Klinice Wewnętrznej U. J. P. wykonano 30.IV 36 rano zdjęcie klatki piersiowej oraz podano nieco papki kontrastowej.

W y n i k b a d a n i a r e n t g e n o w s k i e g o: Znaczne przesunięcie serca w prawo — odma śródopłucnowa po stronie lewej z niewielką ilością płynu. Przepona ustawiona wyżej niż po stronie prawej. Po podaniu papki kontrastowej żołądek wypełnia się — jest mały i przesunięty w lewo.

S t a n o b e c n y: Chora wzrostu wyżej średniego, budowy dość mocnej, odżywienie dobre. Przytomna, oddycha z trudem, męczy się przy mówieniu, robi wrażenie ciężko chorej. Tętno 120, miarowe, dobrze napięte i wypełnione. *Głowa:* źrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność reagują. Sinawe rumieńce na policzkach. Nos drożny. Język podsychający ze śladem papki barytowej. *Szyja* — bez zmian. *Klatka piersiowa* symetryczna, lewa połowa więcej wysklepiona, powłóczy przy oddechu. *Płuca:* po stronie lewej wypuk bębenkowy nad całą połową klatki piersiowej. W dole stłumienie sięgające 2 palce poniżej kąta łopatki lewej. Szmerów oddechowych nie słychać — słychać tylko tętnienie serca. Nad prawym płucem wypuk prawidłowy, szmery oddechowe zaostrzone. *Serce* przesunięte w prawo, uderzenie koniuszkowe rozlane, wyczuwa się w prawej linii mostkowej. Tony cichawe, akcja miarowa, szmerów dodatkowych nie wysłuchuje się. *Kręgosłup* prosty, nie bolesny na uderzenie i ucisk. *Brzuch:* podściółka tłuszczowa obfita; równolegle i powyżej prawego więzadła Pouparta blizna linijna blada, długości 15 cm. Brzuch równomiernie wzdęty, symetryczny. Stawiania się jelit nie stwierdza się. Obmacywaniem stwierdza się bolesność niedużego stopnia na całym brzuchu, nieco większą w dołku podsercowym. Obrony mięśniowej brak. Objaw Blumberga nieobecny; stłumienie wątroby zachowane w granicach normy. Opukowo odgłos bębenkowy na całym brzuchu, osłuchowo — szmerów perystaltycznych nie słychać. Od czasu do czasu przelewania z odcieniem metalicznym w obrębie blizny. *Badanie per rectum:* ampulla nie wzdęta, zatoka Douglasa niebolesna. *Kończyny:* na paznokciach lekka sinica.

O godz. 13. wykonano nakłucie lewej jamy opłucnowej w linii pachowej przedniej w IV międzyżebrzu aparatem do odmy opłucnowej. Ciśnienie początkowe + 32 mm; wypuszczono gazu 300 cm³. Ciśnienie końcowe + 4 mm. Po wypuszczeniu gazu duszność nieco zmalała. Wykonano płukanie żołądka, wydobywając około 150 cm³ treści płynnej zabarwionej papką barytową. Pojemność żołądka około 200 cm³. Lawatywa głęboka z 1½ litra wody — wyszła czysta woda i nieco gazów. Wzdęcie brzucha zmalało nieco. Środki nasercowe co 3 godz.

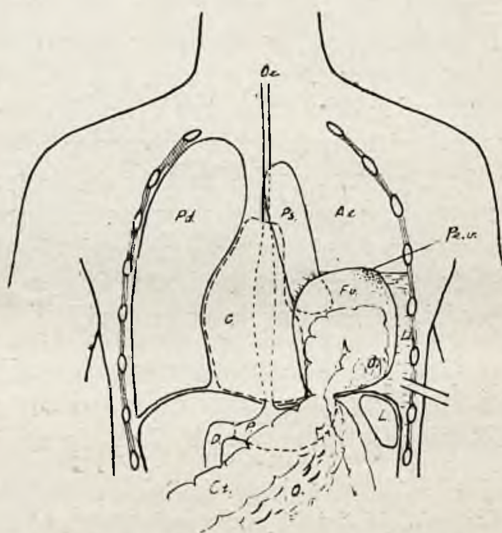
Godz. 19. Stan chorej ciężki — duszność większa. Wstrzyknięto 100 cm³ 20% glukozy + 1 amp. digipuratu. Godz. 21. Ponowne nakłucie lewej opłucnej. Wypuszczono około 50 cm³ gazu bezwonnego. Tlen do oddychania. 1.V 36, godz. 2. Lekarz dyżurny kliniki ze względu na nasilającą się duszność wykonał ponowne nakłucie opłucnej lewej w V międzyżebrzu w linii pachowej przedniej, wypuszczając nieco gazu. Godz. 7,30. Stan chorej b. ciężki. Tętno 150, ledwie wyczuwalne. Sinica dużego stopnia ust, twarzy i kończyn; wykonano ponowne nakłucie opłucnej lewej, wydobywając dużą ilość gazu i płynu wodnistego jasno-brunatnego w ilości około 150 cm³. Igłę umocniono przylepcem, a dren gumowy łączący igłę zanurzono w kolbie z rozczynem fizjologicznym. Nieznaczna poprawa. Godz. 10. Sinica i duszność nasilają się. Stan chorej bardzo ciężki. Wstrzyknięcie dożylne 100 cm³ 20% glukozy z digipuratem.

Zabieg operacyjny (dr. Wyszogrodzki): W znieczuleniu miejscowym ½% polokainą z cięcia skórnego długości około 6 cm. założono w VII międzyżebrzu w linii pachowej lewej przetokę opłucnową uszczelnioną, połączoną z kolbą z płynem fizjologicznym. Użyto drenu średnicy 8 mm. Wydostało się około 260 cm³ płynu wodnistego jasnobrunatnego. Stan chorej uległ wyraźnej poprawie.

Badanie płynu: Oddziaływanie zasadowe, białka — minimalny ślad, cukier nieobecny. Barwników żółciowych nie stwierdza się. Krew utajona wybitnie dodatnia. Osad: 15 — 20 leukocytów w polu widzenia. Drożdże i liczne sarciny, śluz, bezpostaciowy detryt.

Godz. 14. Stan chorej b. ciężki. Z drenu wydostaje się powietrze i nieco płynu. Brzuch bez zmian. Inj. cardiaca co 3 godz., tlen. Godz. 18. Chora zmarła wśród objawów duszności i niedomogi krążenia. 15 minut przed śmiercią zwymiotowała około 50 cm³ treści podobnej do treści znajdującej się w opłucnej lewej.

W podanym powyżej przypadku rozpoznanie przepukliny przeponowej uwięźniętej nasuwało się od chwili stwierdzenia niedrożności i odmy opłucnowej po stronie lewej, tym bardziej, że początek choroby był ostry i na czoło obrazu wybijały się objawy niedrożności. Rozpoznanie ugruntowało wydobycie z opłucnej płynu o charakterze treści żołądkowej. Ze względu na ciężki stan chorej i późne zgłoszenie się do leczenia (5 dni po przebiciu dna żołądka i wystąpieniu odmy opłucnowej) ograniczono się jedynie do uszczelnionego drenażu lewej opłucnej. Badanie sekcyjne potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Stosunki anatomiczne ilustruje rys. 1.



Rys. 1. Hernia diaphragmatica incarcerata. Perforatio fundi ventriculi. Pneumohydrothorax sin. P. d. — płuco prawe. P. s. — płuco lewe. C. — serce. Oe. — przełyk. P. — odźwiernik. D. — dwunastnica. F. v. — dno żołądka. Ct. — poprzecznica. O. — sieć. Pe. v. — otwór w żołądku. Ae. — powietrze. L. — śledziona.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Nowy gwóźdź do zespalania szyi kości udowej

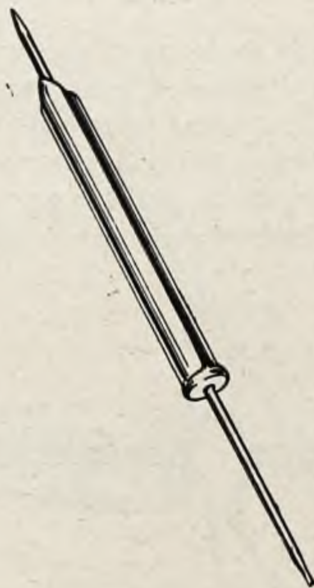
podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu.

Gwóźdź Smith-Petersena wykazał w praktyce różne braki: na początku wbijania ma tendencję do ześlizgiwania się; wyjmowanie tego gwoździa wymaga uchwycenia całej jego główki, w razie więc wbicia gwoździa aż do końca do wyjęcia trzeba wytrepanować kość poniżej główki gwoździa. Poza tym w razie użycia jako instrumentu kierowniczego gwoździa Steinmanna nie można wbić gwoździa S.P. centralnie wobec gwoździa kierowniczego, lecz obok: taka technika może prowadzić w niektórych przypadkach do odchylenia główki od szyjki, tj. zmiany uzyskanego i utrwalonego gwoździem kierowniczym ustawienia odłamków, a ponadto zmusza do zawiłego i niepewnego obliczania potrzebnej długości gwoździa. Tylko przy centralnym wbiciu długość gwoździa kierowniczego będzie się zgadzać z długością gwoździa do zespolenia szyi k. udowej.

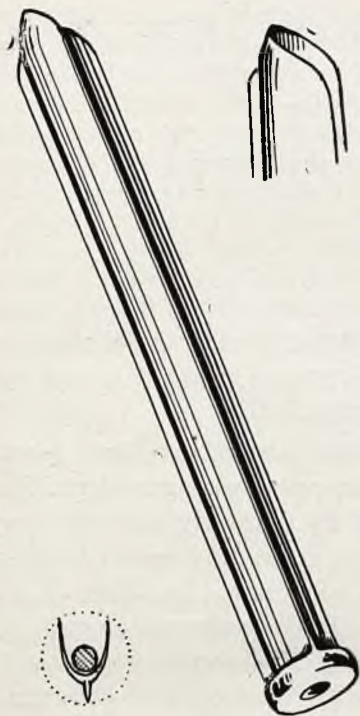
Starano się zaradzić brakom albo przez modyfikacje główki, ułatwiające jej wyjmowanie, albo za pomocą utworzenia kanału pomiędzy blaszkami gwoździa *(Johansson)*. Wprawdzie rozwiązano w ten sposób problem centralnego wbijania gwoździa, ale tylko przy użyciu drutu kierowniczego, a taka technika okazała się niedobra. Drut wygina się w kości niekiedy już podczas wprowadzania, a wtedy następuje zatarcie go w kanale gwoździa; gwóźdź może popchnąć podczas wbijania drut, może go wreszcie wygiąć i popchnąć, a wówczas można wyjąć drut tylko razem z gwoździem. Ale nawet dobrze wprowadzony drut nie utrzymuje dobrze odłamków, mogą one ulec przemieszczeniu, a drut wygięciu wtórnemu.

Stosowanie jako kierownika gwoździa Steinmanna podał pierwszy *Zeno*. Sposób ten przyjął się u nas szybko; tylko gwóźdź Steinmanna gwarantuje dobre czasowe utrzymanie odłamków i nie ulega przy tym wygięciu. Do rozwiązania techniki pozostawało tylko zbudowanie gwoździa dającego się wbić centralnie w stosunku do gwoździa Steinmanna (rys. 1).

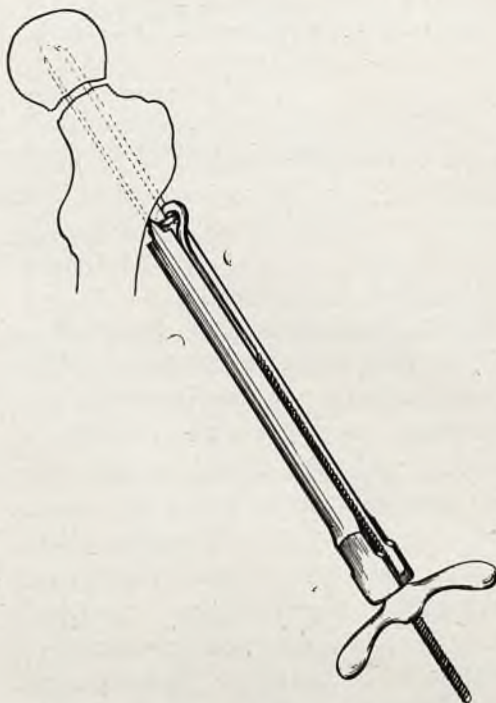


Rys. 1.

Nowy gwóźdź (rys. 2) wytoczony z jednego kawałka stali nierdzewnej, posiada powierzchnię styku blaszek nieco nawet większą niż typowy S. P. o takiej samej średnicy przekroju. Dwa skrzydła tego



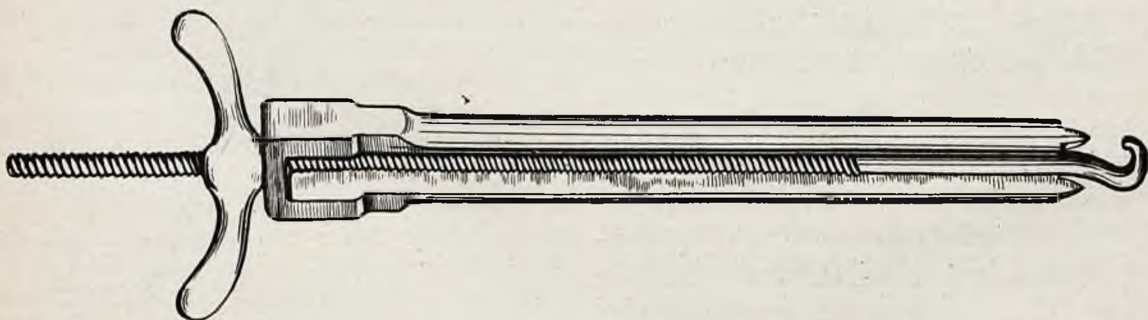
Rys. 2.



Rys. 3.

gwoździa są zbudowane i zakończone, jak dłutko żłobkowane. Trzecia blaszka gwoździa jest ustawiona prostopadle na środku wypukłości dłutka. Zakończenie jak w dłutku pozwala na wbijanie gwoździa pod każdym kątem bez tendencji ześlizgiwania się. Główka gwoździa posiada w środku otwór o średnicy 3½ mm. dla przepuszczenia gwoździa kierowniczego o średnicy 3 mm., bez obawy zatarcia.

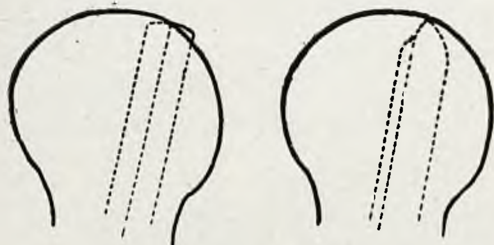
Dzięki ustawieniu blaszek można było rozwiązać w tym gwoździu niezmiernie prosto kwestię wyjmowania gwoździa, nawet wówczas jeżeli gwóźdź został wbity do samego końca, tj. oparł się dolnym brzegiem główki o kość (rys. 3). Do wyjmowania gwoździa służy haczyk i kluba (rys. 4), gwóźdź można wyjąć z małego cięcia jak na rys. 3.



Rys. 4.

Dzięki owalnemu zakończeniu (jak w

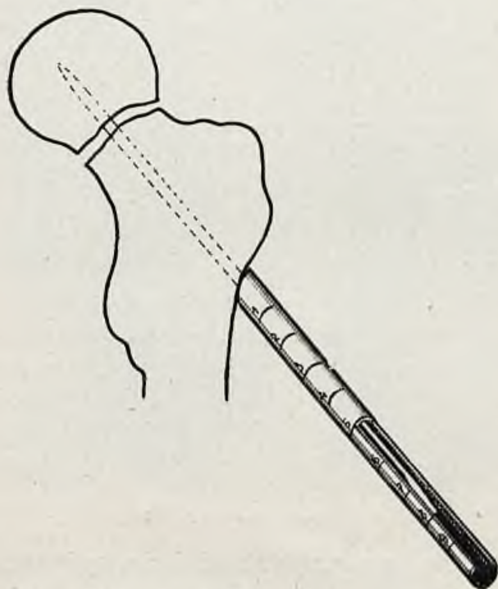
dłutku) można wbić gwóźdź tej samej długości co gwóźdź kierowniczy bez obawy wysterczania kantu jednej z blaszek poza główkę k. udowej (rys. 5).



Rys. 5.

Technika operacji nowym gwoździem [1]) przedstawia się, jak następuje:

1. Nastawienie na stole ortopedycznym po uprzednim oznaczeniu na skórze chorego paskami ołowiu linii pożądanego przebiegu gwoździa kierunkowego w rzucie przednio-tylnym.

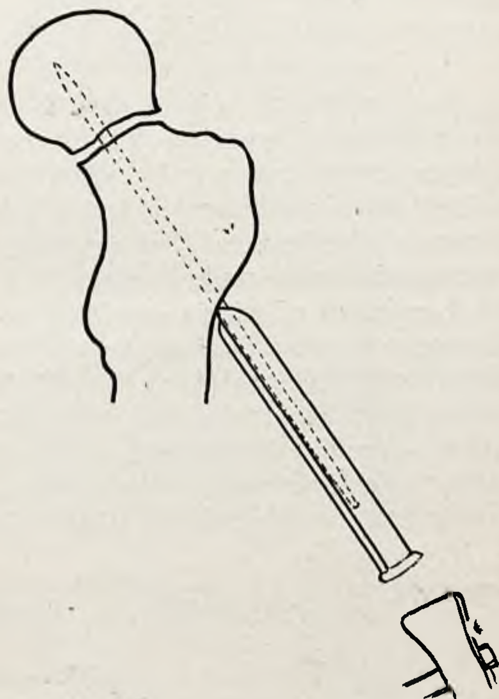


Rys. 6.

2. Wbicie (wkręcenie) kierunkowego gwoździa Steinmanna za pomocą rączki z cięcia długości 3 cm. na bocznej powierzchni uda. (Gwóźdź Steinmanna długości 17 cm. o średnicy przekroju 3 mm.).

3. Jeżeli kontrola rentgenowska w obu rzutach wykazuje dobre położenie gwoździa kierunkowego, odmierzamy za pomocą rurki z podziałką długość wystającej części gwoździa (rys. 6). Po odjęciu tej liczby od 17 otrzymujemy długość odcinka gwoździa, tkwiącego w kości. Analizując rentgenogramy i stopień zagłębienia gwoździa kierunkowego, możemy dobrać łatwo odpowiedniej długości gwóźdź.

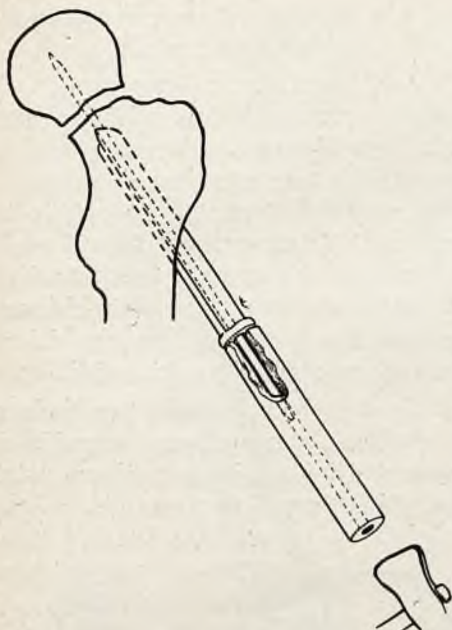
4. Gwóźdź do zespolenia przykładamy do gwoździa kierowniczego wypukłością żłobka w dół i pobijamy najpierw młotkiem główkę gwoździa (rys. 7), po tym



Rys. 7.

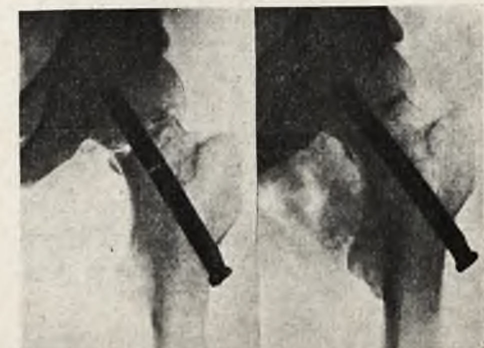
zaś, z chwilą zagłębienia się gwoździa i wysterczania przez otwór jego główki gwoździa kierunkowego, pobijamy dalej bolcem z otworem dla przepuszczenia gwoździa Steinmanna (rys. 8).

[1]) Gwóźdź i narzędzia wyrabia firma A. Mann, Plac Małachowskiego 2 w Warszawie.



Rys. 8.

uległo zmianie (rys. 9). Naśladując zatem to co robi przyroda, musimy dla uzyskania gomfozy nie pobijać masy krętarzy, bo w ten sposób nie dojdziemy do celu, a tylko wywołamy silną traumatyzację, lecz docisnąć obwodowy odłamek do dośrodkowego. Chwytamy więc gwóźdź haczykiem i spychamy odłam obwodowy, pokręcając nakrętkę skrzydłową kluby. Postępujemy

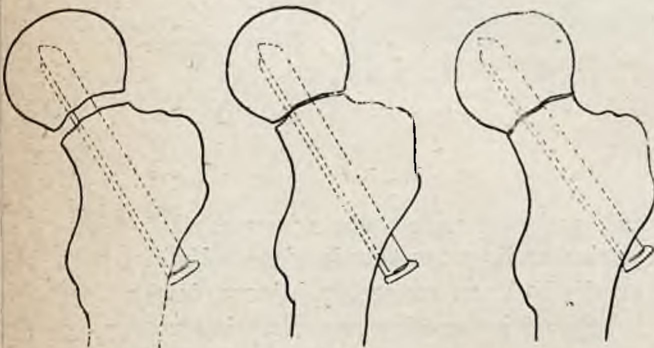


5. Po wyjęciu gwoździa Steinmanna przystępujemy (tuż przed całkowitym wbiciem gwoździa zespoleniowego) do wklinowania odłamków. Jak wykazuje spostrzeganie serii rentgenogramów, po kilku tygodniach od wbicia gwoździa, pod wpływem obciążania dochodzi w przypadkach, gdzie wbito gwóźdź bez wklinowania, do silnej gomfozy, ale widzimy, że gwóźdź ulega wycofaniu i główka jego wystercza więcej z kości. Obserwujemy jednocześnie, że zagłębienie w główce kości udowej nie



Rys. 10

więc tak, jak w pierwszej fazie wyjmowania gwoździa, tj. w okresie, gdy działaniem śruby dociskamy odłam obwodowy do główki. Koniec gwoździa tkwi jak wiemy bardzo mocno w główce; a zatem w tej fazie odłam obwodowy ulega nanizaniu na gwóźdź. Po wyjęciu kluby przekonywujemy się palcem, że gwóźdź wystercza o ½ — ¾ cm. więcej. Teraz dobijamy ostatecznie gwóźdź do wklinowanych już odłamków (rys. 10).



Rys. 9.

Znaczenie dobrej gomfozy w zespoleniu szyi k. udowej jest podwójne: skracamy



Rys. 11a.



Rys. 11b.

czas potrzebny do utworzenia się zrostu (gomfoza jest czynnikiem wybitnie przyspieszającym zrost), a dzięki dobremu wklinowaniu zabezpieczamy wynik zespolenia w tych przypadkach, gdzie bez tego czynnika statyka mogłaby ulec zachwianiu i nastąpiłoby rozejście się odłamków.

Nowy gwóźdź nie zawiódł ani razu w serii 15 przypadków; rys. 11a i b przedstawia jeden z przypadków z tej serii. Moje duże doświadczenie z typowym gwoździem S. P. pozwala mi twierdzić, że nowy gwóźdź dzięki swym właściwościom przewyższa stary.

W n i o s k i:

1. Nowy gwóźdź pozwala na centralne wbijanie go w stosunku do kierowniczego gwoździa Steinmanna.
2. Ostrze gwoździa nie ześlizguje się po kości przy skośnym wbijaniu, a koniec gwoździa nie wystaje poza główkę k. udowej nawet wówczas, jeżeli długość jego równa się długości gwoździa kierowniczego.
3. Budowa główki gwoździa pozwala na gomfozę przez dociągnięcie odłamka obwodowego oraz na wyjmowanie z małego cięcia nawet po całkowitym dobiciu gwoździa, pomimo, że rozmiary główki gwoździa są małe.
4. Nowy gwóźdź wytrzymuje tak samo obciążenie, jak typowy S. P. Przy stosowaniu jako kierownika gwoździa Steinmanna nowy gwóźdź dzięki swym właściwościom przewyższa gwóźdź S. P.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

EIN NEUER NAGEL ZUR SCHENKELHALSFRAKTUROSTEOSYNTHESE

v.

Dr T. Sokołowski (Warszawa).

S c h l u s s f o l g e r u n g e n:

1) Der neue Nagel erlaubt sein zentrales Einführen in Bezug auf den Steinmanns Führungsnagel.

2) Die Nagelspitze zeigt beim schrägen Einführen des Nagels keine Tendenz zum Abgleiten an Knochen, das Nagelende ragt über den Schenkelkopf nicht hinaus auch wenn seine Länge der des Führungsnagel gleich ist.

3) Die Kopfkonstruktion des Nagels ermöglicht leicht die Gomphose durch heranziehen des lateralen Bruchendes, sowie das Herausziehen des Nagels aus einem kleinen Hautschnitt auch bei einem fest zugeschlagenem Nagel, trotzdem die Kopfweite des Nagels gering ist.

4) Der neue Nagel hat die gleiche Belastungsfähigkeit wie der S. P. Nagel. Beim Anweden des Steinmannsnagels als Führer, hat der neue Nagel dank seiner Eigenschaften in Bezug auf den S. P. Nagel grosse Vorteile.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Z Oddziałów Chirurgicznych: Warszawskiego Szpitala dla Dzieci
Dyrektor *Doc. Dr R. Stankiewicz*
i Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie
Dyrektor *Doc. Dr J. Zaorski.*

Uwagi o leczeniu antistreptiną

podali

Władysław Gruchalski i Jan Raczyński.

Od pewnego czasu rozpoczęto próby z zastosowaniem w praktyce lekarskiej środków leczniczych, które pochodzą od barwnika azowego. Środki te miały mieć specjalne własności bakteriobójcze w stosunku do zakażeń paciorkowcowych *(Eisenberg, Mietsche, Klarer* i inni). Dalsze dokładne badania wykazały, że w wymienionych środkach bakteriobójczą jest grupa sulfamidowa pierścienia para-amino-benzenowego. Natomiast barwniki azopochodne nie posiadają własności leczniczych, podczas zaś stosowania wywołują tylko zbędne zabarwienie skóry, błon śluzowych, moczu itd.

Wobec tego dalsze badania skierowano *(I. Trefoucl, F. Nitti, D. Bovet)* dla uzyskania leku, zawierającego wymienioną czynną grupę sulfamidową. W wyniku powyższych prac laboratoryjnych zestawiono środek o wzorze chemicznym:


$NH_2\ SO_2$ ⟨⟩ NH_2

który w praktyce otrzymał nazwę a n t i s t r e p t i n y (firmy „Geo").

Lek ten może być stosowany doustnie w postaci tabletek, zawierających 0,3 gr kwasu paraamino-benzeno-sulfonowego, bądź też w ampułkach do wstrzykiwań podskórnych po 5 cm^3, zawierających 15% czynnego laktozytu antistreptiny.

Dostarczone nam przez firmę „Geo" tabletki i ampułki antistreptiny zastosowaliśmy u szeregu chorych z różnymi ostrymi i przewlekłymi schorzeniami, wywołanymi nie tylko zakażeniami paciorkowcowymi. Mianowicie zastosowano antistreptinę w:

2 przyp. ropnego zapalenia opłucnej (zakażenie dwoinkami płuc),
1 przyp. ropnego zapalenia opłucnej pochodzenia paciorkowcowego,
1 przyp. zapalenia wsierdzia powikłanego zapaleniem płuc i opłucnej,
1 przyp. źle gojącego się złamania kości ramiennej i zwichnięcia w stawie łokciowym powikłanego ropieniem powłok po krwawym nastawieniu,
1 przyp. septycznej postaci zapalenia szpiku kostnego,
1 przyp. oparzenia 3-go stopnia powikłanego ropieniem tkanek miękkich,
1 przyp. ropnia szyi,
1 przyp. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego,
1 przyp. ropowicy uda,
2 przyp. ropowicy podudzia,
1 przyp. ropnia okołonerkowego,
1 przyp. ropienia po operacji przepukliny,
1 przyp. zapalenia stawu biodrowego,
1 przyp. zastrzału kostnego,
1 przyp. stłuczenia stopy powikłanego stanem zapalnym,
3 przyp. zapalenia stawu na tle urazowym,
1 przyp. zapalenia stawu kolanowego na tle gnc.

1 przyp. zapalenia gruczołów chłonnych szyi,
1 przyp. czyraczności i ropnego zapalenia gruczołów chłonnych pod pachą,
1 przyp. przerostu gruczołu krokowego i zapal. pęcherza moczowego,
1 przyp. zapalenia torbieli trzustki i woreczka żółciowego —
łącznie 25 przypadków.

Historie tych przypadków przedstawiały się następująco:

1. Chory 2 lata i 1 miesiąc. *Zapalenie ropne opłucnej prawej* na tle zakażenia dwoinkami zapal. płuc. Stan średnio ciężki, t° 38,4°, — tętno 132. Choruje od 2 tygodni (przeziębienie, zapal. płuc, zapal. opłucnej). W 14-tym dniu leczenia szpitalnego (2-go dnia nakłucie, 4-go transfuzja, 6-go pleurotomia), zaczęto podawać antistreptinę 3 razy dziennie po 1 tabl. W dniu rozpoczęcia stosowania leku t° 37,4° — tętno 124. 8. dnia — 36,8° tętno 100. Ogólny stan dobry, samopoczucie dobre. Ilość wydzieliny ropnej coraz mniejsza. Antistreptinę stosowano w ciągu 17 dni. Po przerwaniu stany podgorączkowe 37,2° — 37,4°. 32-go dnia chory wyleczony. Rana zagojona.

2. Chory 7 lat 5 miesięcy. *Pleuritis purul. sin. streptococcica.* Choruje od 2 miesięcy. Przed 4-ma dniami stwierdzono ropę w opłucnej lewej. Stan ciężki, t° — 39°, tętno 160. 2-go dnia pobytu w szpitalu nakłucie opłucnej. 6-go dnia zaczęto podawać antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. t° 36,3°. Stan ogólny polepszył się, chory czuje się znacznie lepiej, bez temperatury. Następnego dnia aż do końca pobytu w szpitalu t° 36,3° — 37,4° (chory nie operowany). Antistreptinę stosowano 12 dni. Chory wypisany — wyleczony, w stanie dobrym.

3. Chory 5 lat 2 miesiące. *Pleurit. purul sin. pneumococcica.* Choruje od 10 dni. t° 37,8°. 15-go dnia pobytu w szpitalu (przedtem nakłucie, transfuzja krwi, pleurotomia) zaczęto podawać antristreptinę 3 razy dz. po 1 tabl. (stosowano przez 7 dni). Stany podgorączkowe ustąpiły. 4-go dnia stosowania antistreptiny stan ogólny znacznie poprawił się, wydzielina zmniejszyła się. 43-go dnia chory wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

4. Chory 13 lat 9 miesięcy. *Pancarditis, pneumonia crouposa sin., pleuritis exsud. sin.* Choruje od 3-ch tygodni. Miewa stany gorączkowe. Leczenie zachowawcze. Pod koniec 6-go tygodnia t° 40°, tętno 144. Stwierdzono zapalenie płuc, zapalenie stawów; podano antistreptinę 3 razy dziennie po 2 tabletki. W dniu podania t° 40°. 2-go dnia podawania leku t° 37,1°. Ogólne samopoczucie nieco lepsze. Antistreptinę dawano przez 5 dni. Chory zmarł z powodu ogólnego zaniku sił.

5. Chory 6 lat 9 miesięcy. *Stat. post fracturam humeri sin. male sanatam, luxatio cubiti.* Przed 6-ma tygodniami złamanie w stawie łokciowym lewym. Upośledzona ruchomość i zwichnięcie (przykurcz w stawie łokciowym). Operacja (usunięcie odłamu); 4-go dnia po operacji bóle ręki. 6-go dnia po operacji stwierdzono wydzielinę ropną z rany (t° 38,3°), którą wypuszczono. Podano antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 7 dni. Ciepłota ciała opadła do normy w 2-im dniu stosowania antistreptiny. Ilość ropnej wydzieliny stale się zmniejsza. Rana po 6 dniach prawie oczyszczona. Samopoczucie dobre. Chory 18. dnia pobytu w szpitalu wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

6. Chory 11 lat. *Osteomyelitis ac. tibiae dxt. Septicopyemia, otitis med. sin. Osteomyel. humeri dxt.* Od tygodnia gorączka. Czyrak na udzie prawym. 3-go dnia obrzęk i bolesność podudzia prawego. Ogólny stan ciężki. t° 39°. 7-go dnia pobytu w szpitalu (2-go dnia operacja) t° 39,1° stan ciężki, objawy ogólnego zakażenia. Podano antistreptinę 3 razy dziennie po 2 tabletki w ciągu 6 dni; 3-go dnia stosowania antistreptiny ciepłota ciała opadła do normy z tym, że w następnych dniach t° 38,8° — 37,6°. Ogólny stan nie poprawia się. Chory 25. dnia pobytu w szpitalu zmarł.

7. Chory 10 lat. *Phlegmone colli.* Przed 8 dniami angina po której utworzył się ropień na szyi. Ogólny stan ciężki. t° 38,3°. Nacięcie ropnia. Antistreptina 3 razy dziennie po 1 tabl. 3-go dnia spadek temperatury. Samopoczucie dobre. Antistreptinę podawano 10 dni; 18. dnia pobytu w szpitalu wypisany do leczenie ambulatoryjnego z raną prawie zagojoną.

8. Chory 3 lata 7 miesięcy.*Combustio extrem. sup., thoracis et abdominis, phlegmone femoris, otitis media purul. acuta.* Stan chorego ciężki. Początek choroby przeddzień. W przebiegu leczenia zachowawczego ropowica uda. 20. dnia pobytu w szpitalu zastosowano antistreptinę 3 razy dziennie po 1 tabletce w ciągu 13 dni. Stan bez zmian. Ciepłota nie opada. Stany podgorączkowe. Chory w 7. tygodniu pobytu w szpitalu zmarł.

9. Chory 6 lat. *App. acuta.* Choruje od 3-ch dni. Leukocyt. 16400, t° 39,8°. Antistreptina 3 razy dziennie po 1 tabl. (w ciągu 8 dni). 5-go dnia spadek ciepłoty do normy. 11 dnia wypisany.

10. Chory 3 lata. *Phlegmone femor. sin.* T° 38,3°. Incisio, antistreptina 3 r. po 1 tabl. (w ciągu 8 dni). 5. dnia spadek ciepłoty ciała. 15-go dnia wypisany ze szpitala — wyleczony.

11. Chory 2 lata 9 miesięcy. *Phlegmone cruris dxt.* Choruje od 2-ch tygodni. Nacięcie i podawanie antistreptiny 3 razy dzien. po 2 tabl. w ciągu 14 dni. Początkowo od 2. dnia w ciągu 4 dni t° normalna, potem 5 dni stany podgorączkowe, a następnie bez t°. 32. dnia wypisany, wyleczony.

13. Chory 8 lat 9 miesięcy. *Paranephritis sin.* Choruje od 10 dni. 13-go dnia pobytu w szpitalu inj. 15% antistreptin solubile 2 cm, tabl. 3 r. dz. po 1. T° z 39,4° spadła 3. dnia do 37,1°. Po nacięciu ropnia antistreptinę dawano w zastrzykach 23 dni, co 3. dzień i doustnie w ciągu 28 dni. Wypisany 34. dnia pobytu w szpitalu, wyleczony.

14. Chory 8 lat 8 miesięcy. *Hernia inguinalis sin.* 7. dnia po operacji przepukliny ropienie powłok. Podano antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 25 dni; gojenie rany początkowo powolne znacznie się przyśpieszyło. Chory wypisany, wyleczony 38. dnia.

15. Chory 10 lat. *Coxitis dxt.* Choruje od 3 tyg. 6-go dnia pobytu w szpitalu t° 40,2° po próbie Pirqueta. Antistr. 3 r. dz. po 1 tabl. 3. dnia spadek t° (dawano w ciągu 8 dni). Wypisany 32. dnia z poprawą.

16. Chory 12 lat. *Contusio pedis. Oedema inflammat.* t° 39°. Choruje od 5 dni. Antistr. 3 razy dz. po 1 tabl. 5-go dnia t° 36,7°. Stosowano w ciągu 12 dni. Wypisany, wyleczony 27. dnia pobytu w szpitalu.

17. Chory 46 lat. *Urethritis gonorrhoica. Gonitis gnc. dxt., arthritis artic. brachialis et carpo-radialis dxt.* Choruje od 2-ch tygodni. Przed 25. i 8. laty rzeżączka. Przebieg bez t°. Antistr. 3 r. dz. po 2 tabl., diatermia, leczenie miejscowe. Samopoczucie niezłe. Po 7 dniach stosowania antistreptiny bóle stawowe zmniejszyły się. Psychicznie — znaczna poprawa. Po 14 dniach chory chodzi. Po 28 dniach wypisuje się z poprawą. Stosowano antistreptinę w ciągu 7 dni.

18. Chory 32 l. *Gonitis traumatica sin.* Choruje od 6 dni. Podobno był uraz. Chory gorączkował do 38,5°. W dniu przybycia do szpitala 38°. 3-go dnia pobytu w szpitalu antistreptina 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 2-ch dni, 2 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 6 dni, jednocześnie z wstrzykiwaniami antistrept. codziennie po 1, 2, 3, 4 i 5 cm^3 — 2 razy; poza tym 6 dni antistreptina po 5 cm^3 domięśniowo; od 3-go dnia stosowania antistreptiny chory bez t° aż do końca pobytu w szpitalu. Stan chorego znacznie się poprawił. Objawy miejscowe w postaci obrzęku i bólu cofnęły się. Chory wypisany, wyleczony po 21 dniach pobytu w szpitalu. Antistreptina stosowana 18 dni.

19. Chora 22 lata. *Gonitis exsudativa sin.* Od 7 dni stały i stopniowy obrzęk kolana bez wyraźnej przyczyny, t° w domu do 38°. W lecznicy stany podgorączkowe. Zastosowano wstrzykiwania antistreptiny codziennie w ciągu 8 dni: 1 dzień 2 razy po 0,5 cm^3, 1 dzień 1 raz 3 cm^3, 4 dni po 5 cm^3 — 2 razy, i 2 dni po 5 cm^3 1 raz dziennie. 5-go dnia stosowania antistreptiny ciepłota ciała opadła do normy. Ogólny stan dobry. Cofanie się bólu i obrzęku (pierwszego dnia dokonano nakłucia kolana). Po 21 dniach wypisana, wyleczona.

20. Chory 34 lat. *Gonitis traumatica.* 13 dni temu upadł na kolano prawe. Obrzęk, bolesność. Stany gorączkowe 37,1° — 39°. 5-go dnia pobytu w szpitalu, po dokonaniu nakłucia, antistreptina 3 r. dz. po 1 tabl., w ciągu 3-ch dni. Potem 4 dni inj. 15% antistrept. solubile po 1, 2, 3, 4, cm^3 2 razy dziennie, a 5 dni po 5 cm^3, na zakończenie 3 dni 3 razy po 1 tabl. Spadek ciepłoty ciała 4. dnia po zaczęciu; razem stosowano 14 dni.

21. Chory 45 lat. *Furunculosis, hydradenitis purulenta axillae sin.* Choruje od 24 dni. Stany podgorączkowe. W szpitalu bez temperatury po nacięciu ropni. Antistreptina 3r. dz. po 2 tabl. w ciągu 5 dni i po 1 tabl. 2 r. dz. w ciągu 5 dni. (Razem 10 dni). Ogólna poprawa samopoczucia. Powolne gojenie się ran. Wypisany z poprawą do leczenia ambulatoryjnego.

22. Chory 3 lata. *Lymphadenitis colli post anginam.* Choruje od 8 dni t° 38°. Antistrep. 3 razy dz. po ½ tabl. stosowano w ciągu 6 dni przed operacją i 8 dni po operacji. Przebieg gojenia szybki bez powikłań. Wypisany 15. dnia z raną na zagojeniu.

23. Chory 40 lat. *Cystis inflammatoria pancreatis, cholecystitis calculosa.* Chory operowany; 3-krotnie w leczeniu pooperacyjnym podwyższenie ciepłoty ciała do 39°. Stosowano wówczas wstrzykiwanie antistreptiny po 5 cm^3 w ciągu 2-ch dni. Po tym czasie występował spadek ciepłoty. Antistreptinę przerywano. W sumie dokonano 6 wstrzykiwań. Chory wyleczony po 60 dniach.

24. Chora 30 lat. *Panaritium osseum dig. IV manus dxt.* Choruje od tygodnia t° 37,4°. Nacięcie. Antistreptina w zastrzykach w ciągu 7 dni — 0,5; 1; 2; 3; a 5 cm^3. — 3 dni. Rana b. szyb-

ko oczyszcza się. Chora wypisana do leczenia ambulatoryjnego.

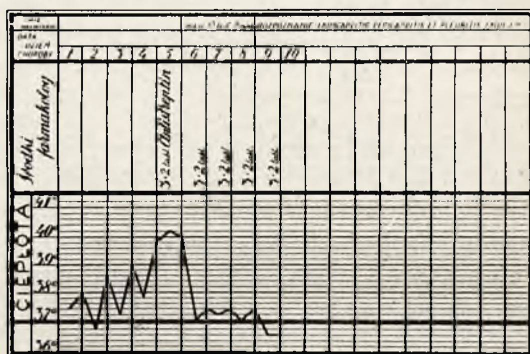
25. Chory 67 lat. *Hypertrophia prostatae. Retentio urinae, cystitis.* Choruje od 8 lat. Rok temu zapalenie pęcherza moczowego. Ostatnio pogorszenie od 2 miesięcy. Z chwilą przybycia do szpitala t° 38,4°. Samopoczucie złe. Antistreptina 3 r. dz. po 2 tabl. Po 6 dniach spadek ciepłoty do 36,6° utrzymujący się stale. Samopoczucie ogólne dobre. Antistreptinę podawano 6 dni.

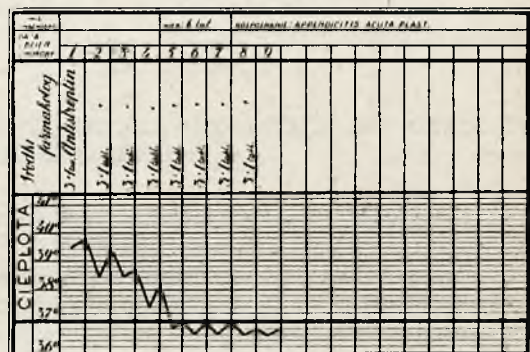
Jak widzimy z powyższego zestawienia, nie dobierano specjalnie przypadków, ale chcąc uzyskać wyniki faktyczne, stosowano antistreptinę w schorzeniach lekkich i ciężkich po kolei. Wiek chorych wahał się od 2 do 67 lat. Początkowo podczas wstrzykiwań chorzy skarżyli się na bóle, wobec czego dodawaliśmy do płynnej antistreptiny ½ cm³ ½% novocainy. Dotyczyło to jednak pierwszych ampułek; następne, które otrzymaliśmy od firmy, bólów podczas wstrzykiwań nie wywoływały. Wstrzykiwaliśmy od 0,5 — 5 cm³ antistreptiny, początkowo co 3. dzień, a potem codziennie w ciągu 2 — 8 dni. Leczenie wyłącznie wstrzykiwaniami stosowaliśmy u 3-ch chorych. Tabletki podawaliśmy doustnie, w zależności od wieku, od 1½ — 6 tabl. dziennie po jedzeniu, przy czym zalecaliśmy popijać je większą ilością obojętnego płynu. Takie leczenie stosowano u 17 chorych. Tabletki chorzy znosili dobrze. Wreszcie niektórym chorym podawaliśmy tabletki i wstrzykiwaliśmy płynną antistreptinę (5 chorych).

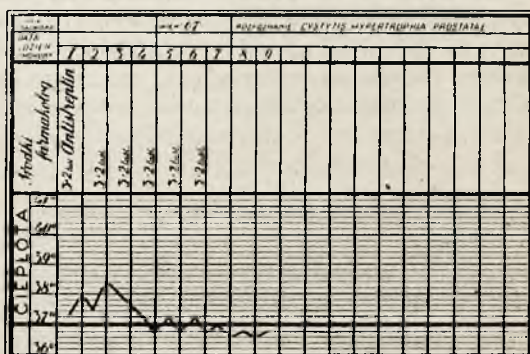
Spostrzegając w ten sposób leczonych chorych zwracaliśmy uwagę na wpływ leku na stan ogólny chorych, na przebieg schorzenia, na spadek ciepłoty i wreszcie na wyniki końcowe.

Naogół odnosiliśmy wrażenie, że antistreptina dobrze działała na samopoczucie chorych. Było to widoczne w wielu przypadkach (Nr.: 1, 2, 3, 4, 7, 17, 18, itd.). Nieraz mogliśmy stwierdzić zmniejszanie się bólów w miejscach schorzałych, co stwierdziliśmy u 6-ciu chorych.

Antistreptina bezwzględnie działa obniżająco na ciepłotę chorych, co wybitnie ilustrują następujące 3 wykresy:







Jak widzimy z powyższych krzywych działanie przeciwgorączkowe antistreptiny nie ulega wątpliwości.

Prócz tego spostrzegając w klinice dzia-

łanie nowych leków, obserwujemy nie tylko dodatnie strony stosowanych środków, ale badamy także, czy nie wywołują one jakichś ubocznych szkodliwych wpływów w ustroju lub w poszczególnych narządach. Głównie zwracamy uwagę na narząd krążenia, układ moczowy i czynność wątroby.

Musimy powiedzieć, że wśród naszych chorych nie zauważyliśmy uszkodzeń wymienionych narządów. Nie spostrzegaliśmy ani zaburzeń ze strony serca, ani zmian chorobowych w moczu, ani uszkodzeń tkanki wątroby. Nie stwierdziliśmy ani razu żółtaczki lub pokrzywki.

Możemy wyciągnąć stąd następujące *wnioski:*

Antistreptina działa na ustrój wzmacniająco, dopomagając mu do zwalczenia zakażenia ogólnego, co wpływa dodatnio i na miejscowe objawy schorzeń.

Antistreptina wybitnie obniża podniesioną ciepłotę chorych, co wpływa uspakajająco na chorych, polepszając ich stan psychiczny.

Antistreptina, nawet przy dłuższym stosowaniu, nie wywołuje żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na ustrój.

Z J A Z D Y

VI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO w dniach 3—4 kwietnia 1938 r. w Poznaniu.

VI Zjazd Pol. Tow. Ort.-Traum. zbiegł się z jubileuszem X-ciolecia Towarzystwa.

Otwierając Zjazd Przewodniczący *prof. Wojciechowski* zaznaczył, że „szczęśliwym zbiegiem okoliczności obrady Zjazdu toczyć się będą w Poznaniu, w mieście, w którym żyli i działali *Tomasz Drobnik* i *Ireneusz Wierzejewski.* W Poznaniu powstała i wyszła zeń pierwsza polska myśl ortopedyczna. W tym to mieście przed 10-ciu laty założył *Wierzejewski* Pol. Tow. Ort. i Traum., dlatego też sprawiedliwą jest rzeczą, że właśnie w Poznaniu święci T-wo swój pierwszy jubileusz. O dotychczasowym dorobku T-wa świadczą odbyte zjazdy, na których uzgodniono szereg zagadnień i powzięto wytyczne postępowania; ilustruje go najlepiej 10 tomów „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej", a zawarte w nich 250 prac przeważnie o charakterze monograficznym, uwydatniają wysoki poziom naukowy i myśl T-wa, które pragnie zainteresować ortopedią jak najszersze grono lekarzy oraz przyczynić się do podsumowania wyników badań naukowych i owocnego rozwoju polskiej ortopedii i traumatologii".

P i e r w s z y t e m a t p r o g r a m o w y:

CHOROBA HEINE - MEDIN I LECZENIE JEJ NASTĘPSTW,

rozpoczął referatem ogólnym *prof. M. Michałowicz* (Warszawa), dzieląc go na następujące rozdziały: 1) historia, 2) epidemiologia, 3) bakteriologia, 4) patogeneza, 5) anatomia patologiczna, 6) symptomatologia, 7) leczenie.

Chorobę Heine-Medina opisał po raz pierwszy *Heine* około 1840 r. jako paralisis essentialis. W schorzeniu tym zobrazował szczegółowo okres porażeń. W latach 1887 — 1905 *Medin* stwierdził i wyosobnił okres przedporażenny. Dalsze dane i dokładniejsze obserwacje przyniosły epidemie z 1911 i 1912 r. W tym czasie *Ochsner* i *Flexner* odkrywają przesączalny zarazek. W roku 1917 zaczął *Potti* stosować leczenie surowicą ozdrowieńców. Ostatnia epidemia w Danii w 1934 r. przyczyniła się do ustalenia poglądów na istotę cierpienia oraz do uzgodnienia wytycznych leczniczych.

Zapatrywania na patogenezę choroby *H-M.* są podzielone. Autorzy nie są zgodni co do tego, czy

sprawa chorobowa szerzy się drogami chłonnymi, krwionośnymi czy nerwowymi. Zdaniem autora głównymi szlakami, po których postępuje schorzenie—są drogi limfatyczne. Zmiany patologiczne dotyczą nie tylko rogów przednich rdzenia, które gorzeją łuną pożaru zapalnego, ale odblask tej łuny daje się wykryć na preparatach anatomo - patologicznych i w pozostałych odcinkach rdzenia i mózgu; w wątrobie, śledzionie i skórze powstają nacieki limfatyczne. Główne jednak zmiany dotyczą układu nerwowego, gdzie te nacieki, szczególnie w rdzeniu, są największe. Drobnowidowo stwierdza się wśród przekrwionej tkanki nerwowej ogniska nacieków, złożone z leukocytów i neurofagów.

Anatomopatologicznie daje się wyosobnić 4 okresy: a) przekrwienie rdzenia, b) zmiany drobnowidowe (nacieki), c) neurofagia, d) neuroliza.

Porażenia występują w dwu końcowych okresach. Zmiany w układzie nerwowym nie są najbardziej istotne dla choroby *H-M.*, gdyż w dużym odsetku schorzenie to przebiega poronnie, pod postacią nieżytów dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, albo pod postacią choroby zakaźnej wysypkowej, przypominającej płonicę lub odrę. Zdaniem autora choroba *H-M.* przebiega przeważnie bezobjawowo lub pod postacią grypy, a tylko nikły procent zachorzeń prowadzi do powstania porażeń. Zespół *H-M.* jest chorobą zakaźno - wysypkową, usadowioną w tkance nerwowej. Gdy wysypka umiejscawia się w skórze, nigdy nie przychodzi do powstania porażeń. Tkanka nerwowa i skóra pochodzą z jednego listka zarodkowego, co tłumaczy dostatecznie to, że alergeny mogą zostać przez skórę odciągnięte i związane.

Leczenie *H-M.* da się ująć w następujące punkty: 1) leczenie surowicą (nie zapobiega ono jednak wystąpieniu choroby), 2) leczenie bodźcowe, 3) masaże, 4) elektroterapia, 5) aparat Dringera. W klinice pediatrycznej U. J. P. kładzie się szczególniejszy nacisk na leczenie: 1) surowicą (ozdrowieńców albo małp zakażonych), 2) krwią (rodziców dziecka, podawaną z cytrynianem sodu dwukrotnie po 40 cm^3), 3) rentgenowskimi naświetlaniami rdzenia, 4) diatermią i 5) galwanizacją.

Prof. A. Wojciechowski (Warszawa):

ZARYS OGÓLNEGO LECZENIA NASTĘPSTW CHOROBY HEINE-MEDIN.

Jakkolwiek zasadnicze zmiany chorobowe w *H-M.* dotyczą okolicy rogów przednich, a właściwie nie tylko jej, lecz i innych odcinków układu nerwowego, to jednak najważniejsze zaburzenia ujawniają się na obwodzie — w postaci porażeń i niedowładów mięśniowych. Na słuszność tego poglądu w niczym wpłynąć nie może fakt istnienia obok klasycznych postaci choroby *H-M.* jeszcze i odmiennych, odbiegających od znanego powszechnie wzorca, postaci poronnych. Dominującą zawsze dla nas cechą będą następstwa w zakresie układu ruchowego, a mianowicie: porażenia i niedowłady. Zwalczanie tych następstw będzie omawiane w innych referatach. *W.* ogranicza się tylko do podkreślenia roli niektórych zabiegów ogólnych, dotychczas mniej docenianych, a to dlatego, że skutecznych jedynie w początkowych okresach.

Postępowanie to zwalczyć może następstwa choroby *H-M.* — usunąć zaburzenia ruchowe, lub wpłynąć na wydatne ich pomniejszenie i złagodzenie. Ponieważ opiera się ono na możliwościach odtwórczych ustroju, nie jest oczywiście w stanie zdziałać w obliczu już daleko posuniętych i nieodwracalnych zmian miejscowych w mięśniach i stawach. Tam do głosu przychodzi ortopedia właściwa z jej operacjami, z przeszczepianiem ścięgien, usztywnianiem stawów i innymi zabiegami operacyjnymi, niekiedy bardzo znacznie wzmagającymi sprawność ruchową chorego. Oczywiście nie są one w stanie przywrócić prawidłowej czynności dotkniętej porażeniem części ciała. W tym leży zasadnicza różnica, że leczenie ogólne wcześnie rozpoczęte może dać w przypadku szczęśliwym restitutio ad integrum, działa bowiem jeszcze w okresie odwracalności zmian.

Leczenie to, chociaż skierowane przeciwko zmianom w aparacie ruchowym, nie pozostaje bez wpływu i na stan zmian zasadniczych. Dla ustalenia wytycznych postępowania leczniczego należy wziąć pod uwagę następujące fakty:

1) swoiste zmiany chorobowe w układzie nerwowym prowadzą tylko do rozległych wiotkich porażeń, będących początkowo niedowładami.

2) Wobec zwykle występującego porażenia niektórych tylko mięśni, względnie ich zespo-

łów — nieprawidłowe ustawienie i przykurcze są na porządku dziennym.

3) Zaburzenia krążenia wywołane w obrębie rdzenia przez czynnik zapalny, a w mięśniach wskutek braku czynności i zaburzeń naczyniowo - ruchowych, zazębiają się wzajemnie, prowadząc do pogorszenia wyników ostatecznych.
4) Powrót do czynności przez wykształcenie innych skojarzeń nerwowych, lub być może przez uratowanie drogą ćwiczenia niektórych komórek chorych lecz nie zniszczonych całkowicie przez sprawę chorobową, jest możliwy tak długo, dopóki w mięśniu nie zajdą daleko posunięte zmiany zwyrodnienia.
5) Tak długo, jak to nie nastąpi, leczenie ogólne może i powinno uratować chorego od kalectwa.

Trzy zadania mamy więc do spełnienia:

1) uratowanie za wszelką cenę zanikającej czynności porażonego mięśnia;
2) nauczenie chorego, wobec trwałego osłabienia mięśnia, odpowiedniej choć odmiennej od prawidłowej innerwacji w celu dokonywania zwykłych codziennych ruchów. Chodzi tu o zastąpienie zespołów porażonych przez zespoły prawidłowe;
3) wywarcie ogólnego wpływu na ustrój, a zwłaszcza na ukrwienie.

Najprościej uzyskuje się ten sprzyjający zespół warunków czynnych w ćwiczeniach gimnastycznych podwodnych. Autor ilustruje swój wykład przezroczami *Lovmana* z amerykańskiego T-wa Opieki nad Kalekami; omawia teoretyczne podstawy oraz technikę gimnastyki podwodnej. Kończąc swój referat autor stwierdza, że leczenie ogólne w chorobie *H-M.* ma znaczenie pierwszorzędnej wagi. Może ono skutecznie zapobiec utrwaleniu się porażeń, a zwłaszcza powstawaniu wadliwych ustawień i przykurczów. Może ono, w szczególności pod postacią gimnastyki, dużo zdziałać ku usprawnieniu ruchowemu chorego, a pośrednio i ku podniesieniu jego psychiki i energii życiowej.

Prof. Dr Franciszek Raszeja:

LECZENIE ORTOPEDYCZNE NASTĘPSTW CHOROBY HEINE - MEDIN Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW NA CZĘŚCIACH MIĘKKICH.

Leczenie ortopedyczne powinno być w porażeniu dziecięcym podjęte możliwie wcześnie. Unieruchomienie w łóżeczku gipsowym, ułożenie kończyn w szynach jest wskazane w ostrym okresie zachorzenia. Później wchodzą w rachubę zabiegi termo-, balneo- i elektroterapeutyczne. W okresie cofania się porażeń zachodzi potrzeba podjęcia ćwiczeń czynno-opornych, które zapobiegają powstawaniu przykurczów.

Autor omawia mechanizm powstawania przykurczów oraz sposoby ich zwalczania, podkreślając konieczność wczesnego postawienia chorych na nogi, ewentualnie w aparatach ortopedycznych, które odgrywają wielką rolę w leczeniu porażeń po chorobie *H-M.*

Pierwsze próby chodzenia w aparacie mają za zadanie odtworzenie impulsów i synergii, a więc odnowienie zniszczonych dróg nerwowych. Wobec istnienia paraliżu rzekomego ustalenie terminu zakończenia regeneracji jest trudne. Autor przyjmuje stan trwałych porażeń, gdy po roku, pomimo odpowiedniego leczenia, brak jest poprawy. W przypadkach lekkich, bez zmian neurotroficznych, można czekać do dwóch lat. Wskazania do zabiegu ustala więc autor: 1) wedle czasu, który upłynął od okresu infekcji oraz 2) odnośnie do wieku chorych.

Zabiegów na ścięgnach nie wykonuje autor przed 5-tym rokiem życia. Jedynie drobne zabiegi (tenotomia, przedłużenie) potrzebne są wcześniej dla korrekcji ustawienia kończyn. Skracania ścięgien w celach ustalenia stawu wiotkiego są bezcelowe. Lepsze wyniki dają tu tenodezy oraz fasciodezy, które autor wykonywał dla zaryglowania stawu skokowego.

Wartość transplantacji mięśni i ścięgien w leczeniu choroby *H-M.* jest ograniczona. Dla uzyskania możliwie dobrych wyników należy używać pełnowartościowego materiału mięśniowego. Przeszczepiania mają znaczenie zapobiegawcze przeciwko powstawaniu zniekształceń. Przy lekkich stanach porażennych na stopie wyniki mogą być dobre, przy rozległych należy dla uzyskania należytego oparcia usuwać dewiacje boczne zabiegami kostnymi. Przy pomocy przeszczepień należy dążyć jedynie do utrzymania ruchu zgięcia podeszwowego i grzbietowego. Zniekształcenia ustalone nie ustępują po przeszczepieniu, może jednak po drobnych tych zabiegach nastąpić poprawa subiektywna.

W klinice ortopedycznej Uniw. Poznańskiego leczono w ciągu 5-ciu lat 82 przypadki. Na 82 chorych tylko w 5 przypadkach chodziło o porażenie kończyny górnej. Autor stosował następujące zabiegi operacyjne na częściach miękkich:

1) tenotomie (korekcyjne dla zniesienia oporów),
2) neurotyzację (rozszczepienie włókien nerwowych) — zdaniem autora zabieg ten nie daje spodziewanych wyników,
3) transplantację ścięgien sposobem *Strohmaiera,*
4) transplantacje mięśni, które mogą dać dobre wyniki, jeśli się przestrzega zasad fizjologicznych *Scherba,* zdaniem którego tylko wtedy możliwe jest zastąpienie mięśnia porażonego przez antagonistę, o ile jego podniety (wychodzące z tkanki łącznej itd.), utrzymują się;
5) zabiegi alloplastyczne przy użyciu jedwabiu dla rekonstrukcji porażonego mięśnia pośladkowego wielkiego stosowane były przez autora w 5-ciu przypadkach. W 2-ch przypadkach wynik bardzo dobry, w 2-ch średni, w jednym ujemny.

Zdaniem autora wyniki wczesne po transplantacjach są dobre w wysokim stosunkowo odsetku, wyniki późne wykazują jednak zaledwie w 30 — 40% efekt pomyślny. Transplantacja nie jest metodą złą, tylko wskazania jej zostały obecnie znacznie zacieśnione.

Dr J. Wolszczan (Poznań — Klinika Ortopedyczna):

LECZENIE ORTOPEDYCZNE CHOROBY HEINE - MEDIN Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW KOSTNYCH.

Grobelski, Dega, Nové-Josserand, Putti i inni uważają, że zabiegi na kościach mają dużo większą wartość, gdyż dają wyniki trwalsze od przeszczepień. Zabiegi na samych tylko ścięgnach są w 60% nie wystarczające. U dzieci do lat 8-miu zabiegi kostne są nie wskazane ze względu na zaburzenia wzrostu kości. Autor omawia 88 przypadków leczonych zabiegami operacyjnymi na kościach, stosując podział topograficzny.

1) S t a w b i o d r o w y. Przykurcze w zakresie stawu biodrowego usuwano przez obniżenie przyczepów mięśniowych (sposób *Langego),* albo przez osteotomie korekcyjne. Starano się zawsze zachować ruchomość stawu, przekładając leczenie za pomocą aparatów ortopedycznych nad zabiegi usztywniające. Artrodezę stawu biodrowego wykonywano jedynie w przypadku zupełnej jego sztywności. Stosowano a) artrodezę śródstawową *Volpiusa* (wynik zły), b) artrodezę pozastawową, c) artrodezę kombinowaną, d) artrodezę sposobem *Roche* — za pomocą plastyki dachu panewki.

2) K o l a n o (22,6% zabiegów ogólnych). Wskazania do zabiegów stanowiły przykurcze kolana, koślawość i genu recurvatum. Przykurcze do 20 — 25 stopni nie wymagają leczenia operacyjnego. Do zniesienia przykurczów dążono przez: 1) nadłamanie kości udowej albo 2) nadkłykciową osteotomię kości udowej sposobem *Olliera* lub *Mac-Evena.*

Przy ruchach bocznych i stawach wiotkich zdaniem autora znacznie lepszą jest operacja *Schedego* — (przecięcie kości piszczelowej i strzałkowej), gdyż szanuje ona bardziej aparat więzadłowy stawu. Przykurcze kolana poprawić można tylko w granicach kąta 50° — zniesienie większego kąta pociąga za sobą ucisk na naczynia krwionośne.

Autor demonstruje na filmie swoje doświadczenia wykazujące wyższość operacji *Schedego* nad osteotomią nadkłykciową uda.

Zabiegi usztywniające wchodzą w rachubę tylko przy zupełnej wiotkości stawu kolanowego i tylko u ludzi pracujących fizycznie *(Putti).*

3) S t o p a (daje 66,2% na ogólną liczbę zniekształceń).

Wyniki:

W jednym przypadku zupełnej wiotkości stopy wykonano usztywnienie stopy. 49 przypadków operowano za pomocą artrodezy stawu skokowo-łódkowatego, skokowo - piętowego i piętowo - klinowego. Z tego 9 przypadków uzupełniono plastyką ścięgien. 19 przypadków leczono zaryglowaniem sposobem *Nové-Josseranda.* W 3-ch przypadkach wykonano artrorizę przednią sposobem *Puttiego.*

Na zasadzie swoich obserwacyj poleca autor usztywnianie dolnego stawu skokowego. Ryglowanie śródstawowe należy ograniczyć na korzyść pozastawowego. Artrorizy bez zabiegów uzupełniających (tenoplastyk) nie są w stanie zapewnić stałości stopie.

P o r a ż e n i a k o ń c z y n y g ó r n e j stanowiły 8,9%.

Wszelkie zabiegi nie dają tu na ogół wyników pomyślnych, jedynie usztywnienie stawu barkowego *Volpiusa* jest najkorzystniejsze, gdyż pozostawia odwiedzenie i zgięcie do kąta 30°. Dzięki możliwości wykonywania ruchów całą obręczą barkową wyniki i innych metod usztywniających są na ogół dobre *(Spitzy, Wierzejewski)*.

S t a w ł o k c i o w y ryglowano sposobem *Puttiego* w zgięciu do kąta 90° przez wbicie klinka kostnego od tyłu w kość ramienną.

S t a w g a r s t k o w y usztywnia autor za pomocą resekcji od strony grzbietowej.

O b r a d y p o p o ł u d n i o w e toczyły się na tematy dowolne. Rozpoczął je

prof. Frejka (Brno):

POZNÁMKY K LÉCENI DETSKÉ MISNI OBRNY NOHY
(w języku czeskim).

Zabiegi ortopedyczne w *H-M.* wykonywane na częściach miękkich najczęściej zawodzą. Wczesny wynik pomyślny nie świadczy jeszcze o powodzeniu leczenia i trafności wyboru właściwej metody. Zdaniem autora dopiero po 10-ciu latach od operacji można wyciągnąć ostateczne wnioski i osądzić wynik, jako dobry albo zły.

Autor omawia i demonstruje na rtgn. swoje przypadki pes excavatus operowane metodą angielską (resekcja chrząstki kości skokowej, piętowej, klinowych wraz z wyłuszczeniem kości łódkowatej). Autor metodę powyższą kombinuje z artrorizą przednią. Metoda ta dała dobre wyniki we wszystkich przypadkach autora.

Dr A. Kugler (Warszawa):

LECZENIE PRZYRZĄDOWE STANÓW PO CHOROBIE HEINE-MEDIN.

W chorobie *H-M.* leczenie przyrządami i aparatami ortopedycznymi ma bardzo szerokie zastosowanie. Aparaty ortopedyczne są wartościowymi środkami leczniczymi i znajdują swe zastosowanie: 1) w celu zapobiegawczym (w walce z przykurczami), 2) w leczeniu pooperacyjnym, 3) w leczeniu przypadków nie nadających się do operacji.

Ażeby aparaty spełniały należycie swe zadanie muszą być zbudowane w ten sposób, by odpowiadały najlepiej prawidłom fizjologicznym statyki i kinetyki.

Aparat ortop. powinien być zbudowany technicznie poprawnie, t. zn. musi być lekki i odpowiadać wymogom zależnym od przypadku (aparaty usztywniające, zaryglowujące, odciążające, podtrzymujące), nie może upośledzać normalnej gry mięśni itd. Autor omawia technikę budowy aparatów ortop. oraz swoje postępowanie w leczeniu przyrządowym w chorobie *H-M.*

Doc. J. Zaremba (Kraków):

UWAGI O ORTOPEDYCZNYM LECZENIU WIOTKICH PORAŻEŃ.

Leczenie zachowawcze w chorobie *H.-M.* jest w Polsce bardzo niedoskonałe w przeciwieństwie do Anglii i Ameryki .Utyka ono na reedukacji mięśnia za pomocą hydroterapii podwodnej i nadwodnej kombinowanej z leczeniem psychicznym.

Jak to wykazały badania anatomo-patolog. ostatnich czasów choroba *H-M.* nie pociąga za sobą totalnego zniszczenia zajętych odcinków rdzenia, a tylko częściowe.

Celowe postępowanie sprowadzić może regenerację komórek nerwowych. Za pomocą odpowiednich ćwiczeń bodźcowych następuje przetarcie nowych dróg, a co za tym idzie wydatne złagodzenie stopnia porażeń. Najwłaściwszą metodą jest reedukacja mięśnia pod postacią hydroterapii nad- i podwodnej. Leczenie takie winno być przeprowadzane w zakładach zamkniętych i połączone z odpowiednim wychowaniem. Zdaniem autora reedukacja mięśnia jest metodą celową u nas nie wyzyskaną, która wspomaga dzielnie i uzupełnia leczenie zachowawcze.

Dr. Kaczyński (Poznań): W dyskusji nad pierwszym tematem omówił i przedstawił mikrofoto-

grafie preparatów anatomo-patolog. sekcyjnych przypadków *H-M*. Obraz histologiczny zależny jest od okresu choroby i okoliczności, w jakich nastąpiło zejście śmiertelne.

Na ogół stwierdza się przekrwienie i wybroczyny krwawe w rdzeniu, nacieki zapalne w oponach miękkich, zmiany o charakterze zapalnym, zwyrodnieniowym w zwojach międzykręgowych. Zmiany te najsilniej występują w rogach przednich rdzenia, na dnie komory III i IV.

W okresie początkowym choroby obraz rdzenia jest zatarty, w okół rogów przednich zaznacza się przekrwienie, rdzeń jest ciastowaty. W okresie późniejszym rdzeń ma wygląd galarety, następuje zupełne zatarcie granicy między istotą szarą i białą. W okresie tym zaznacza się już zanik rogów tylnych rdzenia, włókien nerwowych i dróg piramidowych.

Opony zmętniałe i zgrubiałe. Mięśnie wiotkie — stężenie pośmiertne nie występuje. W ogniskach zapalnych stwierdza się nagromadzenie komórek plazmatycznych, leukocytów, limfocytów, komórek wędrujących i wielopostaciowych oraz histiocytów Marchanda.

TEMATY DOWOLNE.

Doc. Skubiszewski i Dr Granatowicz:

2 PRZYPADKI MIĘSAKÓW MIĘŚNIA, LECZONYCH METODĄ KOMBINOWANĄ.

W klinice poznańskiej nowotwory mięśni leczy się metodą kombinowaną za pomocą zabiegu operacyjnego oraz następowego naświetlania promieniami Rtgn.

Przypadki demonstrowane należą do serii 24 przypadków w ten sposób leczonych z wynikiem pomyślnym. Zdaniem autorów dobre wyniki w leczeniu nowotworów mięśni uzyskać można tylko przez doszczętne usunięcie guza, połączonego z następowym pooperacyjnym leczeniem prom. Rtgn. metodą protrahowaną.

Doc. J. Zaremba (Kraków):

O POSTACIACH COXA VARA PORODOWEGO POCHODZENIA.

Na marginesie obserwowanego przypadku omawia autor mało znaną postać biordra szpotawego pochodzenia porodowego. Istota schorzenia polega na oddzieleniu się górnej nasady uda przy trakcji płodu, w czasie której odnośna kończyna prócz pociągania zostaje odwiedziona i skręcona. Jako następstwo oddzielenia się nasady rozwija się biodro szpotawe, które utrzymuje się do 4-go roku życia.

Leczenie w przypadkach świeżych polega na nastawieniu trzonu kości udowej i ułożeniu go w odpowiedniej pozycji do bloku chrzęstnego.

Dyskusja:

Prof. Frejka: Dwa swoje takie same przypadki, jak *doc. Zaremby* leczył podobnie jak przy zwichnięciu wrodzonym biodra za pomocą repozycji i ustalenia w ułożeniu Lorenza.

Dr Pavlik (Brno):

OPERATIVNI A NEOPERATIVNI LÉCENI PLOCHÉ NOHY.

Autor przedstawia wyniki leczenia stopy szpotawej wrodzonej w klinice w Brnie. Leczenie operacyjne prowadzono wg. postępowania podanego przez *prof. Frejkę.*

Dr Komza (Poznań):

LECZENIE BIODRA SZPOTAWEGO.

W klinice ortopedycznej Uniw. Poznańskiego stosuje się następujące leczenie coxa vara:

1) Zachowawcze za pomocą wyciągu i redresji. Po repozycji nakłada się opatrunek gipsowy na 4 — 6 miesięcy, a po tym czasie przepisuje się aparat ortopedyczny podpórczy (wg. *Mau*).

2) Przypadki, w których postępowaniem zachowawczym nie udaje się uzyskać wyniku pomyślnego, leczono operacyjnie za pomocą osteotomii: a) podkrętarzowej, b) w obrębie szyjki.

Leczenie zachowawcze wyciągiem stosować należy w przypadkach świeżych ze stosunkowo małymi zmianami.

Tak samo i za pomocą redresji dobre wyniki otrzymać można tylko w okresach początkowych schorzenia przy młodzieńczej postaci coxa vara. Starsze przypadki wrodzonego biodra szpotawego leczono za pomocą osteotomii podkrętarzowej.

W dwóch zastarzałych przypadkach postaci młodzieńczej, w których szyjka przyrośnięta była do tylnej ściany główki, wykonano osteotomię przezszyjkową, używając do zespolenia główki z

szyjką gwoździa Smith-Petersena. W obu tych przypadkach nie zauważono martwicy główki. Ustalenie w gipsie w obu przypadkach wynosiło po 6 miesięcy.

Dyskusja:

Dr Sokołowski (Warszawa): Omawia ilustrując rentgenogramami dwa przypadki zastarzałe coxa vara traumatica, leczone osteotomią rotacyjną przezszyjkową, w których do zespolenia główki z szyjką użył własnego gwoździa. Przypadki te operował z cięcia przedniego, które dało dobry i szanujący tkanki dostęp do stawu. Nastawienie główki i dokładna jej adaptacja nastąpiło łatwo dzięki półkolistej osteotomii szyjki. W obu przypadkach autor już po dwóch tygodniach leczenia zaczął uruchomianie stawu operowanego, a po trzech tygodniach pozwolił na obciążanie kończyny (na kulach).

Bardzo dobry wynik obu zabiegów zachęca autora do propagowania tego postępowania w przypadkach zastarzałych pourazowego biodra szpotowego.

Dr Kosiński (Lisków Kaliski):

O LECZENIU COXA VARA CONGENITA (NA PODSTAWIE OBSERWACJI PRZYPADKU).

W przypadku swoim coxa vara cong. wykonał autor osteotomię podkrętarzową sposobem Momsena. Zdaniem autora metoda ta daje dobre wyniki, nie pociągając za sobą otwierania stawu i używania do zespoleń gwoździ.

Dyskusja:

Doc. A. Gruca (Lwów): Uważa osteotomię przezszyjkową w coxa vara za szkodliwą, gdyż przeważnie prowadzi ona do martwicy główki. Na poparcie swego twierdzenia omawia ogłoszony przez siebie przed 10-ciu laty przypadek, który leczył osteotomią podgłówkową, a który skończył się martwicą główki. Obecne swoje postępowanie autor omawia przedstawiając wyniki leczenia 14 przypadków: w 3-ch przypadkach po repozycji wykonał zespolenie gwoździem Steinmanna; w 5-ciu przypadkach leczył redresją z następowym unieruchomieniem w gipsie na 3 miesiące, a po tym czasie stosował na rok odciążający aparat ortopedyczny; w 3-ch przypadkach osiągnął dobry wynik za pomocą osteotomii podkrętarzowej, w 2-u zaś zastarzałych przyp. wykonał plastykę panewki.

Leczenie zachowawcze w przeważającej liczbie przypadków prowadzi, zdaniem autora, do wyleczenia. Jeśli bowiem uraz mógł spowodować epifizjolizę, to da się taką samą reepifizjolizę osiągnąć w narkozie. Wyniki są równie dobre, jak po osteosyntezie. Wyleczenie następuje wtedy, gdy skostnieje chrząstka nasadowa. Skostnienie chrząstki przyśpieszyć można, jak to polecają autorzy angielscy, przez wywiercenie szeregu otworów przez szyjkę kości udowej.

Dr Komza: W odpowiedzi podnosi, że oba przypadki przedstawił dla podkreślenia, że czasami oddzielona główka kości udowej przykleić się może do tylnej powierzchni szyjki i taka okoliczność z natury rzeczy zmusza do odstępstwa od utartego postępowania. Mimo to, że osteotomię wykonano podgłówkowo, martwica główki nie nastąpiła.

Prof. Frejka demonstruje rtgn. dwóch przypadków, leczonych osteotomią korekcyjną, które przed zabiegiem unieruchamiał w opatrunku gipsowym dla uzyskania rekonstrukcji główki.

Dr Kosiński (Lisków Kaliski):

O NOWEJ METODZIE LECZENIA PRZYKURCZU DUPUYTRENA.

W jednym przypadku przykurczu Dupuytrena uzyskał autor dobry wynik po resekcji stawu palcowego pierwszego, po przecięciu ścięgna prostownika powierzchownego. Wynik czynnościowy był lepszy, aniżeli w przypadku operowanym metodą *Grey'a* (resekcja główki I kości śródręcza).

Dr Z. Obrębski (Warszawa):

„KRÓTKA SZYJA" BEZ ZESPOŁU KLIPPEL-FEILA.

Autor omawia i demonstruje na fotografiach 3 obserwowane przez siebie przypadki „krótkiej szyi".

(dok. nast.)

Z. Ambros.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 22 kwietnia 1938 r.

Dr S. Czubalski:

PRZYPADEK CHOROBY SZYJKI PĘCHERZA.

(Ukaże się w druku w „Chirurgu Polskim").

Dr H. Datyner i dr W. Staszewski:

PRZYPADEK KAMICY NERKOWEJ.

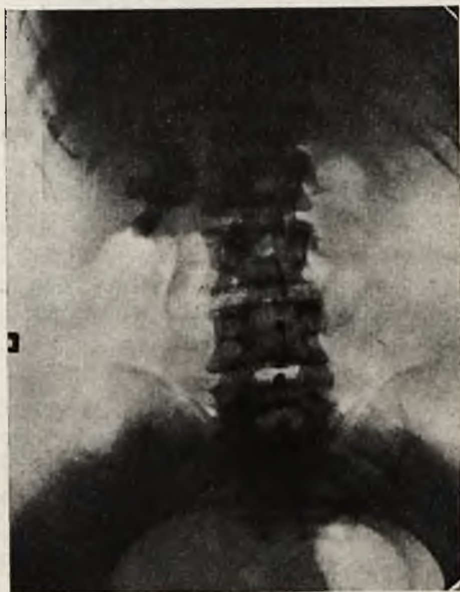
(str. własne)

Tytuł naszego pokazu jest na pozór banalny, przypadek ten jednak zasługuje na uwagę ze względu na pewne jego cechy osobliwe.

Chora P. M., lat 32, przybyła do Szpitala św. Rocha dn. 4 maja 1937 r. Oto krótka anamneza: od 11 lat tępe bóle w prawej okolicy lędźwiowej i w brzuchu; od pół roku bóle nasiliły się, promieniowały do pachwiny prawej i do dołka podsercowego; żadnych gwałtownych napadów bólowych, żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu. Była leczona stale, jak podaje, na opuszczenie żołądka, a nawet zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego (appendectomii). Dopiero wskutek przypadkowego wykrycia zmian w moczu skierowana została do urologa *dra Datynera,* który rozpoznał kamicę nerkową prawostronną i skierował chorą do szpitala.

W chwili przybycia na oddział stan chorej przedstawiał się jak następuje: Odżywienie liche. W sercu i płucach nic szczególnego. Poprzez wiotkie powłoki jamy brzusznej można było stwierdzić wyraźną bolesność pod prawym łukiem żebrowym. Objaw Goldflama prawostronny dodatni. W *moczu:* $0.066^{0}/_{00}$ białka, w osadzie pojedyńcze wałeczki szkliste, 15 — 50 leukocytów w polu widzenia, 2 — 3 krwinki wyługowane w preparacie, nieliczne nabłonki, trójfosforany amon. magn. i pasemka śluzu. *Mocznik we krwi* — 56,8 mgr. w 100 cm^3 krwi. Przy próbie wodnej i koncentracyjnej zagęszcza do 1018, rozcieńcza do 1000. *Chromocystoskopia* pęcherza bez zmian, upośledzenia czynności obu nerek nie stwierdzono: z lewego moczowodu barwnik wydziela się po 5 minutach, z prawego po 6 minutach. *Zdjęcie rentgenowskie* (rys. 1) wykazało obecność w nerce prawej dużego kamienia koralowego, stanowiącego dokładny odlew rozszerzonych kielichów i miedniczki. Powtórna cystokopia po 10 dniach wykazała stan bez zmiany.

Ze względu na nieustanne, narastające dolegliwości chora zakwalifikowana została do zabiegu operacyjnego. O usunięciu kamienia przy pyelotomię, wobec jego rozmiarów i kształtu, nie mogło być oczywiście mowy. W grę wchodzić mogła tylko nefrotomia lub ewentualnie nefrektomia. Plan zabiegu był zatem następujący: odsłonięcie nerki i próba usunięcia kamienia przez nefrotomię — w razie zaś niepowodzenia tej próby — nefrektomia. Chora została uprzedzona o możliwości usunięcia nerki.



Rys. 1.

Operacja wykonana przeze mnie 8.VI 37, przy pomocy *dra Datynera* oraz szefa oddziału *dra Kołodziejskiego,* miała przebieg następujący. Dotarcie do nerki i jej uwolnienie z cięcia typo-

wego Bergman-Izrael poszło stosunkowo łatwo. Po nacięciu nerki wprost na kamień od górnego bieguna na 5 — 6 cm. w dół stwierdzono, że ko-



Rys. 2.

ra jest znacznie ścieńczona , kielichy szczelnie wypełnione przez konkrement. Za pomocą stopniowego podważania zaczęto uruchamiać kamień, jakby wmurowany w miąższ nerkowy, i po pewnych wysiłkach udało go się wyluksować z miedniczki. Krwawienie przy tym było umiarkowane, miąższ nerki nie wykazywał wyraźnych zmian. Wobec tego nerkę zeszyto kilkoma szwami, założono do loży nerkowej dren gumowy i 2 paski gazy, zeszyto warstwowo mięśnie i skórę.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, w tydzień po operacji po podaniu błękitu metylenowego nie zaobserwowano zabarwienia się sączka i opatrunku. Chora została wypisana w 4 tygodnie po operacji z raną zagojoną bez żadnych dolegliwości (pokaz chorej).

Dyskusja:

Dr Datyner podkreśla następujące ciekawe momenty omawianego przypadku: 1) pomimo obecności tak dużego kamienia w miedniczce czynność nerki nie była upośledzona — próba barwnikowa wypadła normalnie, i 2) udało się usunięcie kamienia drogą nefrotomii, po czym zachowana nerka pracuje zupełnie prawidłowo: przy badaniu kontrolnym stwierdzono za pomocą pyelografii wstępującej (rys. 2.) normalne stosunki, poza nieznacznym rozszerzeniem miedniczki, a próba czynnościowa wypadła prawidłowo. Chora pozostaje nadal w obserwacji.

Doc. Szerszyński przypomina o częstych wznowach kamicy po usunięciu kamienia (odsetek tych nawrotów wynoszący dawniej do 40% ostatnio obniżył się). Konieczne jest leczenie następowe, które jednak może być bezsilne. W danym przypadku rozszerzenie miedniczki nasuwa obawę zalegania moczu — pożądane są środki zaradcze, np. w postaci podrażnienia chemicznego (azotan srebra), celem zwiększenia kurczliwości ściany. Konieczne zbadanie chemiczne kamienia.

Dr P. Goldstein:

a) PRZYPADEK PRZEPUKLINY UWIĘŹNIĘTEJ, POWIKŁANEJ ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

(str. własne)

I. L., mężczyzna lat 47, kupiec, cierpi od 25-ciu lat na przepuklinę pachwinową prawostronną. Od roku napady bólowe w całym brzuchu z wymiotami, odbijaniami i wzdęciami brzucha, jakoby bez gorączki. W ciągu ostatniego roku bóle częstsze. Raz jeden przed kilkoma tygodniami chory dostał napadu o odmiennym nieco charakterze. Bóle wystąpiły i umiejscowiły się wyraźnie w prawym podbrzuszu, promieniując ku tyłowi. Wezwany wówczas lekarz rozpoznał atak podrażnienia wyrostka robaczkowego. Od tego czasu napady coraz częstsze, a od trzech dni bóle nie ustępują zupełnie, nasilając się z godziny na godzinę. Chory wymiotował kilkakrotnie. Zatrzymanie stolców i wiatrów.

Status praesens. Stan ogólny dość ciężki. Tę-

tno 120., język suchy, powłoki blade, temp. 37,2°. Brzuch wydatnie wzdęty, opukowo — bębnica, osłuchowo — rzadkie przelewania o metalicznym oddźwięku. Serce i płuca — norma. Prawostronna przepuklina pachwinowa wielkości dwóch pięści, nieodprowadzalna, na ucisk bolesna. Rozpoznanie nie nastręczało żadnych trudności, przystąpiłem więc do operacji prawostronnej uwięźniętej przepukliny pachwinowej. Operację rozpoczęto w znieczuleniu miejscowym. Cięcie skośne, dług. ok. 15 cm, równolegle do więzadła Pouparta i przechodzące częściowo na mosznę. Po wyodrębnieniu worka przepuklinowego nacięto go i stwierdzono niewielką ilość krwistego płynu oraz szereg ciemno-fioletowych pętli jelita cienkiego, w wielu miejscach ze sobą pozrastanych. Rozcięto wówczas szyję wybitnie zmienionego worka przepuklinowego, o grubości ok. ¾ cm. i pierścień zwężający, po czym wydobyto na zewnątrz uwięźnięte pętle jelit. Nakryto je serwetkami gazowymi zmoczonymi w ciepłym roztworze fizjologicznym. Wygląd jelita nieco się poprawił, natomiast miejsca uciśnięte przez pierścień zwężający zachowały w dalszym ciągu zabarwienie ciemnosine, pozostały ścieńczałe, a poniżej i powyżej tych miejsc ściany jelit były wybitnie zgrubiałe, z nalotami, pozrastane ze sobą. Początkowo zamierzałem resekować chory odcinek, wobec tego jednak, że dotyczyło to aż czterech pętli jelit, i wobec ciężkiego stanu ogólnego chorego wydawało się to przedsięwzięciem dość ryzykownym, ograniczyłem się do obszycia miejsc podejrzanych szwem Lembertowskim i wpuściłem jelita do brzucha. Następnie przystąpiłem do doszczętnego załatwienia przepukliny sposobem Fergusson — Girarda. Przy przecięciu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego natrafiłem na twór przebiegający poprzecznie, leżący w mocnych zrostach z otoczeniem, grubości ołówka. Twór ten zacząłem powoli wyodrębniać ze zrostów, przeważnie na ostro i wydobyłem wyrostek robaczkowy kolbowato zgrubiały przy wierzchołku, o zabarwieniu czerwonawo-sinym, obrośnięty tłuszczem. Posuwając się w kierunku dośrodkowym i w głąb otworzyłem wreszcie wolną jamę otrzewnej i tam znalazłem podstawę wyrostka wraz z wolną kątnicą. Wyrostek usunięto i załatwiono w sposób typowy, po czym zeszyto otwór w otrzewnej i mięśniu, wreszcie załatwiono radykalnie przepuklinę sposobem Fergusson — Girarda. Po rozcięciu usuniętego wyrostka, o zgrubiałej, wybitnie zmienionej ścianie, stwierdzono w nim zawartość ropno-krwistą, a śluzówkę — o zabarwieniu ciemno-zielonym.

Ze względu na możliwość powstania sklein pomiędzy tak znacznie zmienionymi pętlami cienkiego jelita i z obawy powstania niedrożności, już od pierwszego dnia po operacji dawałem choremu sól gorzką. Poza tym otrzymał chory w ciągu trzech dni po zabiegu — 200 cm³ *peritosanu* „Klawe" domięśniowo.

Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Pacjent po 11 dniach został wypisany z Zakładu z raną zagojoną.

Jak można by sobie wytłumaczyć obecność chorego wyrostka robaczkowego pozaotrzewnowo, na przedniej ścianie brzucha, tuż pod rościęgnem mięśnia skośnego zewnętrznego? Sądzę, że mamy tu do czynienia z pierwotnym ułożeniem wyrostka robaczkowego pozakątniczo i pozaotrzewnowo, z tą jednak różnicą, że wskutek długoletniego istnienia przepukliny zgrubiałej i mocno zrośniętej z powłokami brzusznymi oraz przeciągania tych ostatnich w kierunku dośrodkowym i ku dołowi, tylna ściana brzuszna, do której była przyrośnięta kątnica, została jak gdyby obrócona i przeciągnięta do przodu, a wraz z nią i wyrostek.

b) PRZYPADEK UWIĘŹNIĘCIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO W PRZEPUKLINIE UDOWEJ.

Pani H. F., lat 64, dostała nagle bólów brzucha, nudności i wymiotów. Wydawało się pacjentce, że „opuściła jej się macica", gdyż cierpiała od lat na pęknięcie krocza. Przed 13-tu laty operowałem chorą z powodu raka sutka lewego (potwierdzonego badaniem histologicznym), przed rokiem przebyła ciężkie zapalenie płuc. Obecne cierpienie wystąpiło zupełnie nagle. Wezwany lekarz stwierdził przepuklinę udową i polecił wezwać chirurga. Badanie ogólne wykazało brak uchwytnych zmian chorobowych ze strony klatki piersiowej i jamy brzusznej, w pachwinie prawej stwierdzono przepuklinę udową nieodprowadzalną, wielkości orzecha włoskiego, bolesną na ucisk.

Chorą przewieziono do Zakładu i przystąpiono do operacji. W znieczuleniu miejscowym dokonano cięcia podłużnego powłok. Po wyodrębnieniu cienkiego, o zabarwieniu ciemno-czerwonym, worka przepuklinowego i ostrożnym nacięciu go, zauważono twór, przypominający na pierwszy

rzut oka pętlę jelita cienkiego, zabarwionego sinawo, tylko częścią swej ściany uwięźniętego w przepuklinie. Po nacięciu więzadła Gimbernata udało się nieznacznie tylko twór ten uwolnić i uzewnętrznić. Jednakże po polaniu go ciepłym roztworem fizjologicznym i usunięciu włóknika, można było już wyraźnie rozpoznać wyrostek robaczkowy przegięty w postaci kolanka i kolankiem tym tkwiący w worku przepuklinowym. Pomimo, że wygląd uwięźniętej części wyrostka poprawił się i nabrał koloru ciemno - czerwonego, wykonałem hernio-laparotomię, celem wydobycia podstawy wyrostka oraz kątnicy i wówczas przekonałem się, że wierzchołek wyrostka, który leżał w wolnej jamie brzusznej, był zupełnie czarny i wybitnie obrzękły; część przynasadowa nie wykazywała większych zmian. Po usunięciu w sposób typowy wyrostka, zeszyłem więzadło Pouparta, a następnie załatwiłem przepuklinę udową sposobem zwykłym tj. przez przyszycie powięzi mięśnia łonowego do więzadła Pouparta. Przebieg pooperacyjny gładki.

Przypadek ten, poza swoją rzadkością, jest pouczający jeszcze i z tego względu, że część wyrostka, która znajdowała się w jamie brzusznej uległa o wiele większym zmianom, niż część uwięźnięta w worku przepuklinowym; gdyby nasunęła się myśl wpuszczenia uwięźniętej części wyrostka, o wyglądzie dość dobrym, do jamy brzusznej bez skontrolowania wierzchołka i podstawy, byłoby to błędem, mogącym spowodować groźne powikłanie w postaci zapalenia otrzewnej.

Wyrostek robaczkowy znajdujemy bardzo często w przepuklinach pachwinowych, rzadziej w udowych. Uwięźnięcie zaś samego tylko wyrostka robaczkowego, wzgl. jego części, w przepuklinie udowej należy do rzadkości. Przed piętnastu laty opisałem dwa takie przypadki. W całym piśmiennictwie zebrano tych przypadków, o ile mi wiadomo, około dwudziestu kilku. *Rose* podzielił je na dwa rodzaje, które nazwał: *Wurmfortsatzschlingenbruch* i *Wurmfortsatzendbruch.* Nasz przypadek należy zaliczyć do pierwszej kategorii.

O teorii powstawania uwięźnięcia wyr. rob. w przepuklinie udowej sporo pisano *(Sprengel, Rother, Meisel, Barth).* Niektórzy autorzy sprowadzają początek tego schorzenia do trzeciego miesiąca życia płodowego, kiedy to kątnica wędruje i z poprzecznego położenia przechodzi w pionowe przesuwając się z lewa w prawo około wewnętrznego prawego otworu kanału biodrowego. Mogą wówczas powstać zrosty z otrzewną, utrzymujące wyrostek w kanale udowym (peritonitis foetalis circumscripta). Uwięźnięcie wyrostka robaczkowego, przyrośniętego do ściany worka przepuklinowego, a więc unieruchomionego w worku, może powstać bardzo łatwo. Wystarczy zaleganie treści w końcowym lub zagiętym kolankowato odcinku wyrostka, obecność kamienia kałowego albo wtórne zapalenie wewnątrzwyrostkowe, aby niepodatny pierścień przepukliny udowej (od góry więzadło Pouparta, od wewnątrz więzadło Gimbernata) zacisnął dośrodkowy odcinek wyrostka i wywołał objawy uwięźnięcia. Kliniczne objawy te jednakże nigdy nie dają tak groźnego obrazu, jak w wypadku uwięźnięcia pętli jelita. Nieraz, o ile sprawa się przewleka, a zabieg operacyjny nie jest w porę wykonany, dochodzi do wytworzenia się ropnia, lub nawet przetoki kałowej.

Zagadnienie, czy pierwotne jest uwięźnięcie wyrostka, czy też zapalenie jego w worku przepuklinowym, nie daje się rozstrzygnąć i nie ma istotnego znaczenia dla tego schorzenia. Opierając się na piśmiennictwie, na mojej poprzedniej pracy i na doświadczeniu własnym, dochodzę do wniosku, że, jeżeli chodzi o przepuklinę udową, to raczej pierwotne jest uwięźnięcie wyrostka z wtórnymi sprawami zapalnymi, natomiast w przepuklinie pachwinowej, gdzie te procesy są bez porównania częstsze, mamy do czynienia z pierwotnym zapaleniem wyrostka robaczkowego o rozmaitym nasileniu a z wtórnymi objawami uwięźnięcia, ale już nie samego wyrostka, lecz jednocześnie i pętli jelita.

Dyskusja:

Dr Horodyński tłumaczy dziwne umiejscowienie wyrostka w przyp. 1 w inny sposób, mianowicie, że wyrostek wypuklił się przez wewnętrzny pierścień pachwinowy jako druga przepuklina, prosta. Na potwierdzenie takiego tłumaczenia wspomina o przypadku własnym, obserwowanym przed wielu laty, gdzie wśród objawów ropowicy powłok brzusznych stwierdzono w powłokach obecność zapalnego wyrostka robaczkowego. Wyrostek wycięto, chory wyzdrowiał.

Dr Goldstein nie zgadza się z taką interpretacją, gdyż wyrostek przedostawał się do powłok znacznie wyżej od wewnętrznego pierścienia pachwinowego, a powtóre nie był otoczony workiem otrzewnowym, leżał zupełnie pozaotrzewnowo.

H. Ciszkiewicz.

KRONIKA

NOWY ZARZĄD TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO.

Na Walnym Zebraniu Towarzystwa dnia 22.IV r. b. dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1938, w następującym składzie: prezes—*doc. dr J. Mossakowski*, wiceprezes — *doc. dr J. Zaorski*, sekretarz — *dr S. Tokarski*, skarbnik — *dr E. Tymieniecki*, bibliotekarz — *dr J. Kossakowski*, członek Zarządu — *dr E. Witkowski*.

NOWY ZARZĄD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO.

Na Walnym Zebraniu Towarzystwa dnia 4 kwietnia r. b. w Poznaniu dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1938, w następującym składzie: prezes — *doc. dr A. Gruca*, wiceprezes — *dr M. Grobelski*, skarbnik i redaktor „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej" — *prof. dr F. Raszeja*, sekretarz — *dr J. Komza*.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w pierwszym kwartale 1938 r.

Zestawił **Dr H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 1.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 1 — 3.
Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	(Ch. N. R.) t. XI, Nr 1.
Czasopismo Sądowo - Lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 1.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 1 — 2.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 1.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII, Nr 1 — 2.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr 1.
Lekarz Polski	(L. P. Nr 1 — 3.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXI, Nr 1 — 3.
Medycyna	(Med.) Nr 1 — 6.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr. 1 — 3.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr 1 — 5.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 1 — 6.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 1 — 3.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 1 — 13.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 1 — 3.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII, Nr 1 — 3.
Polski Przegląd Otolaryngologiczny	(P. P. Ot-Lar.) t. XIV, Nr 1 — 2.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 49 — 51.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 1 — 3.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 1 — 12.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 1 — 3.

CHIRURGIA OGÓLNA.

1. **Bross W.** Chirurgia w szpitalach Londyńskich. Med. pr. Nr 1, s. 1 — 9, Nr 2, s. 33 — 38 i Nr 3, s. 55 — 68.

A. Zakażenia, zapalenia.

2. **Abramowicz M.** O zapobiegawczym leczeniu tężca przyrannego. W. Cz. L. Nr 7, s. 128 — 130.
3. **Śpiewankiewicz S.** Postępowanie w gruźlicy chirurgicznej w klinice prof. Sauerbrucha. W. Cz. L. Nr 6, s. 106 — 108.

B. Nowotwory.

4. **Flaks J. i Ber A.** Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. W. Cz. L. Nr 5, s. 88 — 90.
5. **Flaks J. i Ber A.** Badania nad mechanizmem zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. W. Cz. L. Nr 12, s. 225 — 228.
6. **Dmochowski L.** O leczeniu dietetycznym chorych na raka sposobem Freunda. Med. Prz. Nr 2, s. 18 — 19.

C. Kości, stawy, mięśnie.

7. **Sznajder W.** Typ prątków gruźlicy kości i stawów u ludzi. Gruźl. Nr 1, s. 1 — 13.
8. **Gruca A.** O zabiegach uruchamiających w gruźlicy stawów. P. P. Ch. Nr 1, s. 1 — 22.

D. Krew, naczynia krwionośne i chłonne.

9. **Hirszfeld L.** Grupy krwi w świetle nauki współczesnej. W. Cz. L. Nr 1, s. 1 — 8.
10. **Kostuch Z.** Wytyczne właściwego doboru krwiodawców. W. Cz. L. Nr 8, s. 152 — 154 i Nr 9, s. 169 — 171.
11. **Szejnman M.** Przetaczanie krwi konserwowanej. W. Cz. L. Nr 5, s. 90 — 92, Nr 6, s. 109 — 112 i Nr 7, s. 131 — 134.
12. **Gnoiński H.** Przechowywanie krwi przez czas dłuższy (90 dni), zmiany w niej zachodzące oraz jej właściwości lecznicze. Med. Nr 5, s. 156 — 160.
13. **Sokołowski T.** Przetaczanie krwi na froncie wojny domowej w Hiszpanii. L. W. Nr 2, s. 154 — 165.
14. **Olesiński J.** Leczenie chirurgiczne schorzeń serca i naczyń. T. N. Nr. 1, s. 31— 37 i Nr 2, s. 80 — 85.
15. **Pastel L.** Przypadek żylakowatości ogólnej z niezwykłym umiejscowieniem zmian, w świetle nowszych poglądów patologii konstytucjonalnej. P. G. L. Nr. 11, s. 205 — 208.
16. **Schlager L.** Krwawnice i ich współczesne leczenie na podstawie własnych spostrzeżeń (zarazem próba nowego podziału krwawnic). W. Cz. L. Nr 1, s. 8 — 10, Nr 2, s. 22 — 26 i Nr 3, s. 44 — 46.

E. Znieczulenie, uśpienie, zabiegi.

17. **Modrzewski T.** Uśpienie dożylne przy pomocy evipan-natrium. P. G. L. Nr 12, s. 236 — 239.
18. **Makowiec J.** Sądowo-lekarska ocena przypadku śmierci w narkozie evipanowej. Cz. S. L. Nr 1, s. 52 — 59.
19. **Mackowski A.** Niedomoga wątroby a zabieg chirurgiczny. G. L. Śl. Nr 1, s. 10 — 14.
20. **Kirszbraun A.** O chorobie pooperacyjnej. W. Cz. L. Nr 10, s. 191 — 193.
21. **Sieniawski J.** Badania zachowania się azotu pozabiałkowego i chlorków we krwi po zabiegach operacyjnych. Med. pr. Nr. 1, s. 9 — 13, Nr 2, s. 38 — 43 i Nr 3, s. 68 — 76.
22. **Landesman M.** Cukrzyca a chirurgia. P. P. Ch. Nr 2, s. 156 — 165.

F. Wyjaławianie, narzędzia, opatrunki, leki.

23. **Liebhart W. i Barylak L.** Badania kliniczne dotyczące stosowania preparatu Revocan w chirurgii. P. G. L. Nr 11, s. 209 — 212.
24. **Tadlewski E.** Leczenie causythem stanów septycznych. P. G. L. Nr 13, s. 255 — 257.

G. Chirurgia urazowa.

25. **Jasieński J.** O leczeniu ran. P. G. L. Prakt. lek. ark. 1, s. 12 — 20.
26. **Dziembowski Z.** Nowoczesne poglądy na sprawę leczenia oparzeń. P. P. Ch. Nr. 3, s. 263 — 276.
27. **Oszacki A.** Cukrzyca a uraz. P. G. L. Nr 1, s. 1 — 4.

H. Chirurgia wojenna i sportu.

28. **Pawłowski B.** Pomoc chirurgiczna w czasie walki oddziałów zmotoryzowanych. L. W. Nr 1, s. 1 — 20.
29. **Korczakowski J.** Ewakuacja strat krwawych z linii ognia do stacji rozdzielczej szpitala ewakuacyjnego pod kątem wymagań chirurgii wojennej. L. W. Nr 3, s. 303 — 315.

I. Radiologia, fizjoterapia.

30. **Kosieradzki K.** Krótkie fale i ich zastosowanie w lecznictwie. W. L. Nr 3, s. 65 — 80.
31. **Reznikow H.** O krótkich falach i zakresie ich stosowania. Monogr. Nr 51, s. 1 — 23.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

32. **Choróbski J.** O leczeniu guzów przysadki mózgowej i nowotworów przysiodełkowych. Med. Nr 1, s. 1 — 14.
33. **Michałek-Grodzki S.** Zniekształcenia twarzy a niezdolność do pracy. W. L. Nr 2, s. 40 — 46.
34. **Kenigstein L. i Tokarski S.** W sprawie urazów nosa u bokserów. Ch. P. Nr 3, s. 135 — 137.

B. S z y j a.

35. **Boguszewski S.** Przypadek rozszerzenia torbielowatego naczyń chłonnych szyi (Lymphangiectasiae cysticae colli). Ch. P. Nr. 3, s. 129 — 131.
36. **Zuberbier D.** O leczeniu raka krtani promieniami X. P. P. Ot-Lar. Nr 1 — 2, s. 158 — 166.
37. **Liebhart W.** Przygotowanie przedoperacyjne chorych w chorobach Basedowa za pomocą dwujodotyrozyny. Med. pr. Nr 4, s. 82 — 86.
38. **Pollak K.** Leczenie schorzeń serca drogą całkowitego usuwania gruczołu tarczykowego. W. Cz. L. Nr 4, s. 72 — 74.
39. **Elmer W.** Leczenie tyreotoksykoz. P. G. L. Prakt. lek. ark. 1, s. 3 — 11.
40. **Skórski J.** O wolu śródkrtaniowotchawiczym. P. P. Ot-Lar. Nr 1 — 2, s. 111 — 158.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

41. **Michałek-Grodzki S.** O etiologii i terapii zniekształceń piersi kobiecych. Now. Lek. Nr 2, s. 113 — 116.
42. **Michałek-Grodzki S.** Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych. Ch. P. Nr. 2, s. 80 — 88.
43. **Laskowski J.** O rokowaniu w rakach sutka na podstawie budowy histologicznej. Med. Nr 6, s. 203 — 213.
44. **Śledziewski H.** Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych. Ch. P. Nr 1, s. 1 — 6.
45. **Łukaszczyk F.** O tak zwanym „zapobiegawczym" stosowaniu promieni Röntgena po operacjach raka sutka. Med. Nr 6, s. 201 — 203.
46. **Lenard H.** Przypadek zapalenia ochrzęstnej VI i VII żebra w przebiegu duru brzusznego. P. G. L. Nr 12, s. 235.
47. **Grabowski M. i Plewniak W.** Przypadek wrodzonego rozszczepu mostka. Med. Nr 4, s. 136 — 138.
48. **Kowarski H.** Ropniak opłucnej u dzieci. W. Cz. L. Nr 4, s. 67 — 69.
49. **Wolański R.** Dwa przypadki zastarzałych ropniaków opłucnej, wyleczonych przy pomocy torakoplastyki. Ch. P. Nr 3, s. 131 — 135.
50. **Noblinówna H.** Rak płuc. Med. Nr 6, s. 213 — 217.
51. **Glass B.** Przypadek torbieli powietrznej płuc u chorego na gruźlicę płuc. W. Cz. L. Nr 12, s. 228 — 230.
52. **Ostrowski W.** Zabiegi operacyjne w leczeniu jam gruźliczych w płucach. W. L. Nr 1, s. 1 — 15.
53. **Spitzer J. M.** Rola badania czynnościowego narządu oddechowego w orzecznictwie i wyborze przypadków gruźlicy płuc do leczenia chirurgicznego. Gruźl. Nr 1, s. 33 — 52.

D. J a m a b r z u s z n a.

54. **Dobryszycki S.** Gastroskopia jako metoda badania. Med. Nr 1, s. 14 — 19.
55. **Moczarski W.** O stosowaniu neutrolu w nadkwaśności i wrzodzie trawiennym żołądka. Now. Lek. Nr 5, s. 149 — 157 i Nr 6, s. 182 — 187.
56. **Barański R. i Bussel M.** O okresie pooperacyjnym w przypadkach przerostowego zwężenia odźwiernika u niemowląt i o postępowaniu dietetyczno-leczniczym w tym czasie. Med. Nr 5, s. 160 — 165.
57. **Wardyński S.** W sprawie szwu w operacjach na żołądku i jelitach. P. P. Ch. Nr 2, s. 147 — 155.
58. **Wrześniowski W.** Opadnięcie żołądka i okrężnicy. P. P. Ch. Nr 3, s. 199 — 216. (c. d. n).
59. **Ermich S.** Pourazowe pęknięcie dwunastnicy z następową odmą powłok brzusznych. P. G. L. Nr 8, s. 142 — 143.
60. **Mossakowski J.** Z kazuistyki błędów diagnostycznych. P. P. Ch. Nr 1, s. 23 — 28.
61. **Grundzach J.** Kilka uwag z powodu artykułu dra W. Róbina p. t. „15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych". W. Cz. L. Nr 3, s. 47.
62. **Peter J.** Pęknięcie torbieli bąblowca wątroby do jamy otrzewnej. Ch. P. Nr 2, s. 57 — 68.

63. **Ciszkiewicz H.** Przypadek bąblowca wątroby. Ch. P. Nr 3, s. 138 — 139.
64. **Hornicki P.** Przypadek torbieli przewodu głównego trzustki. P. P. Ch. Nr 1, s. 29 — 41.
65. **Trella J.** Przypadek gruźlicy trzustki. P. P. Ch. Nr 2, s. 105 — 114.
66. **Wolfram K. i Tuz J.** Przypadek niedrożności jelit wywołanej kamieniem żółciowym. Ch. P. Nr 1, s. 34 — 38.
67. **Jasieński J. i Kranz S.** W sprawie leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Ch. P. Nr 1, s. 7 — 34.
68. **Szerszyński B. i Klimkiewicz J.** Operowanie raka okrężnicy lewej. P. P. Ch. Nr 1, s. 42 — 65.
69. **Łapiński Z.** Operacja przepukliny pachwinowej (w 50-lecie metody Bassiniego). P. P. Ch. Nr 3, s. 239 — 262.
70. **Henke A.** Hernia incarcerata retrograda. Now. Lek. Nr 2, s. 51 — 54.
71. **Tomankiewicz W.** Przypadek wrodzonej przepukliny pępowinowej, połączony z całkowitym przemieszczeniem wątroby. Now. Lek. Nr 3, s. 91.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

72. **Wesołowski S.** Wrażenia z pobytu w oddziałach urologicznych w Berlinie. P. P. Ch. Nr 1, s. 66 — 74.
73. **Lewinson S.** O uchyłkach pęcherza moczowego. W. Cz. L. Nr 7, s. 124 — 127.
74. **Laufer F.** O ciałach obcych w pęcherzu moczowym. P. P. Ch. Nr 2, s. 132 — 146.
75. **Graf M.** Martwica przedniej ściany pęcherza moczowego, jako niezwykłe powikłanie po wycięciu pęcherza, naświetlaniu rentgenowskim i wyłuszczeniu sterczu. Ch. P. Nr 1, s. 38 — 42.
76. **Binder Z.** Zgorzel pęcherza jako następstwo uwięźnięcia przepukliny. P. P. Ch. Nr 3, s. 233 — 238.
77. **Kowalski B.** Leczenie przetok pęcherzowo-pochwowych metodą Küstnera-Wołkowicza. Gin. P. Nr 1 — 2, s. 1 — 14.
78. **Kleszczelski A.** Trzy przypadki nerki podkowiastej. Ch. P. Nr 2, s. 76 — 80.
79. **Hornicki P.** Przypadek olbrzymiego wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej. Ch. P. Nr 2, s. 71 — 75.
80. **Laufer F. i Porwit E.** Badania porównawcze nad wydalaniem jodu i barwnika przez nerki. (Urografia dożylna, jako próba sprawności nerek). P. P. Ch. Nr 3, s. 217 — 232.
81. **Laufer F.** Leczenie obustronnej kamicy moczowej. Ch. P. Nr 3, s. 111 — 121.
82. **Hornicki P.** Przypadek prawdziwego obojnactwa z odrębnymi gruczołami płciowymi. P. P. Ch. Nr 2, s. 115 — 131.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

83. **Krajewski F.** Choroby narządów wewnętrznych a zmiany w kręgosłupie. L. W. Nr 1, s. 47 — 57.
84. **Landes-Leinerowa L.** Osteo-chondritis ischio-pubica. Ch. P. Nr 1, s. 42 — 44.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

85. **Ciszkiewicz H.** Urazy kończyny górnej. L. W. Nr 3, s. 302 — 307.
86. **Rahoza E.** Technika sporządzania gipsowego opatrunku odwodzącego ramię. Ch. N. R. Nr 1, s. 163 — 167.
87. **Graf M. i Robinson C.** Przyczynek do rozpoznawania naczyniaków jamistych. Ch. P. Nr 2, s. 68 — 71.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

88. **Szenicer S.** O rzadszych umiejscowieniach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej. Ch. P. Nr 3, s. 121 — 128.
89. **Komza J.** W sprawie szpotawości biodra i jej leczenia. Ch. N. R. Nr 1, s. 107 — 129.
90. **Sokołowski T.** W sprawie nastawiania złamań szyi kości udowej. Ch. P. Nr 2, s. 89 — 102.
91. **Wojciechowski A.** Zarys leczenia ogólnego następstw choroby Heine-Medin. Ch. N. R. Nr 1, s. 5 — 33.
92. **Raszeja F.** Leczenie ortopedyczne następstw choroby Heine-Medin z uwzględnieniem zabiegów na częściach miękkich. Ch. N. R. Nr 1, s. 35 — 101.
93. **Kuczkowski F.** O istocie i leczeniu wrodzonej stopy końsko-szpotawej. Ch. N. R. Nr 1, s. 131 — 161.
94. **Kobryner A.** Płaska stopa, jako wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca. W. Cz. L. Nr 6, s. 103 — 105.
95. **Rubinstein D.** Przypadek zgorzeli stóp w przebiegu czerwienicy istotnej (**M. Vaquez**). P. G. L. Nr 5, s. 86 — 88.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 5

MAJ 1938 R.

OD ADMINISTRACJI.

Zwracamy się niniejszym do Szanownych Kolegów Prenumeratorów z zawiadomieniem, iż wprowadziliśmy rozsyłanie do wszystkich prenumeratorów zleceń inkasowych do Urzędu Pocztowego.

System ten zastosowaliśmy w celu udogodnienia i oszczędzenia czasu Szanownym Kolegom przy wnoszeniu prenumeraty za „Chirurga Polskiego" i dlatego uprzejmie prosimy o wpłacanie jej we właściwym terminie doręczycielom zleceń, gdyż w przeciwnym razie zwroty ich narażają Administrację na niepotrzebne koszty

ADMINISTRACJA.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, MAJ 1938 R. Nr 5

Z Oddz. Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.

Nowe poglądy na chorobę pooperacyjną

(Na marginesie artykułu *René Leriche'a* „Aspects nouveaux de la maladie post-opératoire" [1])

podał

Dr Jerzy Jasieński
Ordynator Oddziału.

Wiele już wiedzieliśmy o zmianach zachodzących w ustroju operowanego, zanim *Eppinger* nazwał je zespołem objawów pooperacyjnych, a *Leriche* (1933) wprowadził pojęcie choroby pooperacyjnej. Pojęcie to gwałtownie poruszyło umysły. Wysunęło się naraz mnóstwo zagadnień teoretycznych i praktycznych zarazem, które jak najrychlej należało rozwiązać dla wypełnienia tej luki, tak długiego istnienia której każdy niemal czuł się współwinnym. W rzeczy samej wstyd było przyznać, że to, na co patrzyliśmy codziennie przez długie lata, od zarania rozwoju chirurgii, uchodziło naszej uwadze, że myśleliśmy tylko o wstrząsie i powikłaniach pooperacyjnych, a w każdym nowym objawie spostrzeganym w przebiegu pooperacyjnym z obawą dopatrywaliśmy się nowego powikłania, czując swą bezsilność, iż nie potrafiliśmy mu zapobiec. I naraz wszystko wydało się jasne i proste. Zdawało się, że błądziliśmy dotychczas po omacku, nie umiejąc dopomóc choremu, bo nie rozumiejąc jakiej potrzebował od nas pomocy. Sądzono, że wystarczy tylko znaleźć sposób zapobieżenia chorobie pooperacyjnej, a żadne chmury nie będą już przysłaniać horyzontu przebiegu pooperacyjnego. We wprowadzonym pojęciu choroby pooperacyjnej widziano więc jedną z najszczęśliwszych zdobyczy chirurgii lat ostatnich, zdobyczy nie tylko teoretycznej, lecz przede wszystkim praktycznej, która w dalszym rozwoju chirurgii miała odegrać olbrzymią rolę.

Nowe próby rozwiązania problematu wyłoniły jednak nowe trudności i sprawiły nowe rozczarowania. Przed okiem naszym zbyt wiele jeszcze kryje się tajemnic, abyśmy w sposób kategoryczny twierdzić mogli, iż znaleźliśmy właściwe jego rozwiązanie. Można już dziś wszakże pokusić się o rozgraniczenie ustalonych faktów od hypotez mniej lub więcej pomysłowych, śmiałych, zawiłych, bądź też przeciwnie — kuszących w swej prostocie, które usiłowano wyciągnąć na podstawie tych faktów. Jest to tym bardziej wskazane, że różnorodne te hipotezy sprowadziły wielkie zamieszanie pojęć; co gorzej jednak, stały się one nawet powodem nieuzasadnionych koncepcyj leczniczych, przy czym niektóre z nich okazały się dla ustroju bynajmniej nie obojętne.

W ciągu ostatnich lat poświęcono cho-

[1]) *Journal International de Chirurgie*, t. II, Nr 3, 1937.

robie pooperacyjnej wiele żmudnej pracy. Wyjaśniono, że każdy poważniejszy zabieg operacyjny rzeczywiście zaburza biologię ustroju, wywołuje powstanie w nim szeregu zawiłych procesów chemicznych, zaburza równowagę osmotyczną, sprowadza zmiany we krwi, stwarza zaburzenia naczynioruchowe.

Najdokładniej przede wszystkim poznano zaburzenia humoralne, wywołane w ustroju chorego przez zabieg operacyjny. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że we krwi osób operowanych zachodzą poważne zmiany fizykalno - chemiczne. Wykazano mianowicie zmniejszenie się rezerw alkalicznych, pociągające za sobą zaburzenia równowagi kwaso-zasadowej już to w sensie kwasicy, już to alkalozy gazowej, dalej zagęszczenie krwi, zwiększenie się jej lepkości, zmniejszenie własności bakteriobójczych, zmiany krzepliwości krwi, obok tego zaś zmniejszenie się poziomu chlorków we krwi i nagromadzenie się nadmiernej ilości azotu toksycznego: mocznika i azotu pozabiałkowego. Stwierdzono ponadto zmniejszenie się ilości adrenaliny we krwi, przejściowe przecukrzenie krwi, nieraz dość znaczne, wreszcie zmiany w przemianie wapniowej.

W każdej niemal z pośród tych różnorodnych zmian zachodzących we krwi dopatrywano się czynnika, który miał być współwinnym występowania spostrzeganych zaburzeń pooperacyjnych. Wysunięto też szereg hipotez, mających na celu wyjaśnienie mechanizmu powstawania choroby pooperacyjnej. Przypisywano pewną rolę w jej powstawaniu nie tylko samemu urazowi operacyjnemu, lecz również przebytemu uśpieniu, szkodliwemu działaniu środków usypiających na mięsień sercowy, wątrobę i nerki, dalej szczególnej diecie po- względnie i przedoperacyjnej, prowadzącej do odwodnienia ustroju i wskutek tego zatrzymania we krwi nadmiernej ilości trujących produktów białek. Okazało się wszakże, że choć uśpienie przy pomocy środków dla ustroju toksycznych wywierać może znaczny wpływ na cały przebieg pooperacyjny, nie tłumaczy ono jednak właściwie objawów choroby pooperacyjnej. Wykazano również, że samego odwodnienia ustroju nie można za nie czynić odpowiedzialnym; względne skąpe moczenie nie tłumaczy też nagromadzenia się nadmiernej ilości mocznika we krwi. Twierdzono dalej, że nie tylko skąpe moczenie, lecz i zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego mogą być przyczyną występowania zespołu objawów pooperacyjnych; w istocie wszakże przyczyną one być nie mogą, skoro są jednym z przejawów choroby.

Wysuwano wreszcie zaburzenia hormonalne, jako czynnik decydujący o wystąpieniu choroby pooperacyjnej, na tej podstawie, że przejawia się ona między innymi zmniejszeniem się ilości adrenaliny we krwi i zaburzeniami przemiany wapniowej. *Rehn* mówił o zapaści, spostrzeganej w kilka dni po zabiegu, wywołanej zaburzeniami wydzielania gruczołów dokrewnych. Dla zapobieżenia tym zaburzeniom wprowadziłem przed dwoma laty podawanie w okresie przed- i pooperacyjnym hormonów płciowych ludziom starym i wyniszczonym. Postępowanie to wszakże miało tylko na celu niejako przestrojenie ustroju, podniesienie w celu przetrzymania zabiegu sił tych chorych, którzy bez tego nie znieśliby zabiegu. Nie spodziewałem się natomiast bynajmniej, aby udało mi się w ten sposób w zupełności zapobiec chorobie pooperacyjnej.

Zastanawiano się nawet nad wpływem układu siateczkowo - śródbłonkowego, odgrywającego tak ważną rolę w procesach obronnych ustroju i w przemianie materii, na przebieg choroby pooperacyjnej, nie

wyciągając stąd wszakże żadnych konkretnych wniosków.

Największą ilość zwolenników zdobyła teoria toksyczna, teoria histolizy, proteolizy, głoszącą, że rozpad zniszczonych w czasie zabiegu tkanek prowadzi do wytwarzania się w ustroju produktów toksycznych. Według tej teorii czynnikiem wywołującym cały zespół objawów pooperacyjnych miały być produkty rozpadu białka, pochodne białka ciała toksyczne wchłaniane z rany operacyjnej. Mocznik więc, a zwłaszcza początkowe i przejściowe produkty rozpadu białka: proteozy i peptony, które oznaczono ogólną nazwą polypeptydów, czyniono odpowiedzialnymi za wszystkie zaburzenia pooperacyjne, które utożsamiano z objawami toksycznymi. Przyczyny zaś zatrzymania tych ciał toksycznych w ustroju dopatrywano się z jednej strony w również hipotetycznym pooperacyjnym „czynnościowym zapaleniu nerek", nie przejawiającym się obecnością żadnego z elementów patologicznych w moczu, ani też zmianami histologicznymi w nerkach; z drugiej zaś strony — w upośledzonej czynności wątroby.

Okazało się wszakże, że brak jest równoległości między poziomem ciał azotowych we krwi a rozległością zabiegu operacyjnego, jak by tego na podstawie teorii toksycznej należało oczekiwać; zniszczenie więc ogniskowe tkanek nie może tłumaczyć pooperacyjnego nadmiernego nagromadzenia się produktów azotowych we krwi. Stwierdzono również ponad wszelką wątpliwość, że spostrzegane niemal stale po różnorodnych zabiegach chirurgicznych zwiększenie się ilości jednej bądź kilku grup ciał azotowych we krwi, w szczególności t. zw. azotu toksycznego, które mogłoby tłumaczyć część objawów choroby pooperacyjnej, nie pozostaje w żadnym stosunku do wykonanego zabiegu. Niepodobna wobec tego było mówić o rozpadzie białka w samym ognisku operacyjnym, lecz chyba tylko o pooperacyjnym rozpadzie białka w całym ustroju. Rozpad ten *Haden i Orr* przypisywali działaniu hipotetycznej bliżej nieznanej toksyny, wyzwalającej się wskutek proteolizy zniszczonych w ognisku operacyjnym tkanek.

Niewątpliwie powstające w ognisku operacyjnym wskutek uszkodzenia tkanek w czasie zabiegu i wskutek wywołanych przez zabieg zaburzeń krążenia, ciała białkowe mogą ulegać rozkładowi na ciała prostsze i stać się przyczyną pewnych zaburzeń. Nie daje to jednak jeszcze podstaw do przyjęcia, aby choroba pooperacyjna sprowadzać się miała do zatrucia ustroju, powstałego wskutek wchłaniania się trujących produktów rozpadu białka, nawet gdyby chodziło o białko ustrojowi obce.

Niektórym jednak wydawało się nawet, że wyodrębnili czynne ciało toksyczne — histaminę, i, na podstawie podobieństwa między wstrząsem pooperacyjnym a histaminowym, wysunęli toksyczną teorię wstrząsu. Teoria zatrucia histaminą zbyt mało wszakże od początku wydawała się prawdopodobną, aby mogła się utrzymać.

Wysunięto wówczas przypuszczenie, że po zabiegu następuje zobojętnienie ciał toksycznych w samym ognisku operacyjnym przez chlorki krwi i zmianom tym przypisywano rolę czynnika patogenetycznego w powstawaniu zespołu pooperacyjnego. *Legueu, Robineau* i *Duval* tłumaczyli obniżenie się poziomu chlorków we krwi, a gromadzenie się ich w nadmiernej ilości w otoczeniu rany, w ten sposób, że chlorki wędrują ze krwi do ogniska operacyjnego dla zobojętnienia wytwarzanych w nim ciał toksycznych. Teorii autorów francuskich przeczą wszakże ostatnie

badania *Deckera* z Lozanny [1]). Z badań tych wynika, że spadek poziomu chlorków we krwi, względnie zaburzenie równowagi między chlorkami krwinek i plazmy, jest zawsze nieznaczne, nie występuje bynajmniej stale, w przypadkach zaś, w których możemy je wykazać, brak bywa równoległości między jego stopniem a ciężkością objawów klinicznych i rozległością zabiegu operacyjnego. Teoria ta wszakże dzięki swej prostocie wydawała się przez czas pewien tak przekonywującą, iż niektórzy proponowali nawet nie tylko leczyć chorobę pooperacyjną, lecz i zapobiegać jej przez wprowadzanie zawczasu do ustroju dużej ilości chlorków. Postępowanie to spotkało się jednak z rzeczową krytyką. *Decker,* przyznając że leczenie chlorkami dawało niekiedy dobre wyniki, twierdzi, iż w innych przypadkach może się ono okazać bezskuteczne, a nawet szkodliwe. Szkodliwy bowiem, ściśle rzecz biorąc, jest również każdy środek obojętny, gdyż bezcelowo oczekując na pomyślny wynik leczenia tracimy tylko cenny czas, który moglibyśmy z pożytkiem wykorzystać na stosowanie innych metod.

Podobnie usiłowano wykorzystać praktycznie i inne fakty wykazane przy pomocy badań pracownianych dla zmniejszenia odczynu pooperacyjnego. Wraz z hipotezami zmieniały się gruntownie zapatrywania na zapobieganie i leczenie tego zespołu chorobowego. Myśląc o zapobieżeniu chorobie pooperacyjnej, usiłowano uodpornić ustrój przed oczekującym go zabiegiem, wyrównać zaburzenia humoralne, wreszcie odpowiednio przygotować narządy szczególnie narażone na zatrucie operacyjne. Zwracano więc przed zabiegiem szczególną uwagę na stan poszczególnych narządów, starając się go poprawić w razie potrzeby przy pomocy różnorodnych środków farmakologicznych. Uwzględniając występowanie pooperacyjnych zaburzeń humoralnych, uznano za szkodliwe trzymanie chorego na ścisłej diecie i podawanie środków przeczyszczających przed zabiegiem. W okresie pooperacyjnym zaś kładziono główny nacisk na zobojętnienie ciał trujących i możliwie szybkie wydalanie ich z ustroju. Polecano więc wprowadzanie do ustroju dużych ilości wody, zarówno dla wyrównania pooperacyjnych zaburzeń w gospodarce wodnej, jak i ze względu na jej rolę w odtruwających czynnościach ustroju, w pierwszym rzędzie dla ułatwienia pracy nerek, które w większych rozcieńczeniach łatwiej wydalają wraz z moczem substancje trujące. Zalecano również, poza dożylnym podawaniem po zabiegu stężonych roztworów soli kuchennej dla wyrównania istniejącego obniżenia poziomu chlorków i zmniejszenia poziomu azocicy, o czym już wspominałem, stosowanie glukozy i insuliny. Myślano dalej o ogólnym uodpornieniu ustroju po zabiegu operacyjnym na przyjęcie dużej ilości ciał trujących. Nie ustalono jednak nawet, czy uodpornienie to miałoby polegać na podawaniu peptonów, małych ilości obcego białka, czy też jego pochodnych, np. histaminy. Proteinoterapia — leczenie bodźcowe choroby pooperacyjnej, oparte na zasadzie „similia similibus", znalazło i u nas zwolenników. Zaliczając odczyn pooperacyjny do zjawisk alergetycznych, w których czynnikiem uczulającym jest obce ustrojowi białko urazu operacyjnego, proponował *Tokarski* wstrzykiwanie chorym na 12 godzin przed zabiegiem dużej dawki mleka i podawanie im w ciągu dni kilku „sympatolu".

Wszystkie te wysiłki nie zdołały jednak zapobiec występowaniu choroby pooperacyjnej, ani też zmniejszyć jej nasilenia.

---

[1]) *P. Decker.* — L'état actuel du problème des troubles post-opératoires. — II-me semaine médicale internationale en Suisse, 31.VIII — 5.IX 1936. Luzern.

Usiłowano również ocenić przed zabiegiem sprawność biologiczną ustroju, warunkującą przebieg reakcji pooperacyjnej. Dążono do wyodrębnienia pewnych typów, które różnie oddziaływują na chorobę pooperacyjną, i ustalenia z którym z tych typów mamy do czynienia. Nie posiadamy jednak jeszcze dotąd niestety ustalonej i ogólnie przyjętej próby, któraby pozwolić mogła na podobne wnioski. Proponowano w tym celu wprowadzać chorym w okresie przedoperacyjnym małe dawki histaminy dożylnie i badać zachowanie się ciśnienia krwi. Ze skórnych prób histaminowych, z badań cytologicznych bąbla kantarydowego, termometrii skórnej — chciano wnioskować o siłach obronnych ustroju, ocenić jego sprawność reakcyjną. Wszystkie te próby, jak się tego spodziewać było można, nie osiągnęły jednak zamierzonego celu.

Niewątpliwie różnorodne zaburzenia humoralne zachodzące w ustroju operowanego i wykazywane przy pomocy badań pracownianych, odgrywają pewną rolę w występowaniu tych czy innych objawów zespołu pooperacyjnego. żadne z nich jednak, ani też żadna z hipotez na nich opartych, nie tłumaczy dostatecznie zarówno wszystkich objawów choroby pooperacyjnej, jak i przyczyn jej występowania. Nie pozostawało więc nic innego, jak odwrócić uwagę od kompleksu chemicznego i skierować ją w innym kierunku.

Ostatnio *Eppinger, Hustin, Rehn,* i zwłaszcza *Leriche* podkreślają olbrzymią rolę, jaką odgrywają wywołane przez sam zabieg zaburzenia nerwowe i naczynioruchowe w powstawaniu choroby pooperacyjnej.

Na 57. Zjeździe T-wa Chirurgów Niemieckich w roku 1934 podnosił *Rehn,* że wstrząsu operacyjnego nie należy łączyć ze wstrząsem histaminowym, peptonowym ani anafilaktycznym. Wstrząs krwotoczny, toksyczny i nerwowy w istocie swej stanowią zjawiska różne, wykazują bowiem więcej różnic, niż podobieństwa. Wstrząs chirurgiczny jest następstwem samego urazu operacyjnego. Uśpienie znosi podrażnienie psychiczne i czuciowe, nie zapobiega ono jednak podrażnieniu nerwowego układu roślinnego. Stąd też niepodobna uniknąć w czasie zabiegu zaburzeń mechanicznych krążenia, regulacji ciepła oraz odruchów naczyniowych zasięgu nerwu błędnego, trzewnego i układu przewodnictwa podniet. Wszystkie te podrażnienia nerwowe stanowią właściwy uraz operacyjny. Są one wyjątkowo silne przy operacjach mózgowych, dalej zabiegach na opłucnej i płucach. Przy zabiegach brzusznych dołączają się do nich jeszcze ponadto podrażnienia wywołane przez zmianę rozmieszczenia krwi.

Leriche rozszerza tego rodzaju ujęcie wstrząsu chirurgicznego, dopatruje się jego istnienia i skutków jakie pociąga za sobą, nie tylko w ciągu pierwszych kilku godzin po zabiegu, lecz w całym przebiegu pooperacyjnym. Zwłaszcza ostatnio badacz francuski rozszerzył znacznie wprowadzone przez się pojęcie choroby pooperacyjnej, wyjaśnił na swój sposób jej pochodzenie i podał skuteczne sposoby zapobiegania chorobie pooperacyjnej. Wszystkie zaś dotychczasowe poglądy na chorobę pooperacyjną uważa za zupełnie nieusprawiedliwione i niesłuszne, a nawet szkodliwe dla sprawy. Przypuszczając bowiem, że cała choroba pooperacyjna sprowadza się wyłącznie do zaburzeń chemicznych, występujących w ustroju operowanego, widziano w niej fatalność nieuniknioną, którą możemy usiłować zwalczyć, której nigdy jednak w zupełności nie potrafimy zapobiec. *Leriche* sprzeciwia się takiemu ujęciu sprawy, przeczy jakoby choroba pooperacyjna na zawsze ciążyć miała nad postępem chirurgii, stanowić zbyt łatwe u-

sprawiedliwienie uzyskanych zawodów; przypisuje winę niepowodzeń wyłącznie samym chirurgom, i z właściwą sobie śmiałością wyłuszcza własne poglądy na przyczyny powstawania i sposoby zapobiegania chorobie pooperacyjnej.

Fakt, że w przebiegu pooperacyjnym spotykamy częstokroć, jeśli zaś o większe zabiegi chodzi — niemal stale, zaburzenia czynności wielu narządów, jakościowo zawsze niemal podobne, nie pozostające w związku z rodzajem zabiegu i wykazujące w poszczególnych przypadkach tylko różnice ilościowe, musiał naprowadzić na myśl, że istnieje jedna przyczyna wszystkich tych zaburzeń. Pod nazwą choroby pooperacyjnej rozumiano szereg zaburzeń, wywołanych w ustroju przez sam zabieg operacyjny i zupełnie niezależnych od schorzenia podstawowego, które zabieg ten miał na celu usunąć. Do niedawna jednak niesłusznie mówiono jako o zjawiskach oddzielnych, występujących wprawdzie kolejno po sobie, lecz zupełnie niemal od siebie niezależnych: o wstrząsie pooperacyjnym, chorobie pooperacyjnej i powikłaniach pooperacyjnych. Choroba pooperacyjna obejmować miała tylko ściśle określony zespół objawów natury ogólnej, rozpoczynających się zwykle dopiero w pewien czas po ustąpieniu wstrząsu i nie mających nic wspólnego z powikłaniami pooperacyjnymi ze strony narządów krążenia, oddechowych, moczowych itd. Pojęcie to mieściło więc w sobie spotykane po wielu zabiegach zaburzenia naczynioruchowe, dalej różnorodne objawy ogólne, żołądkowo - jelitowe itd., objawy zarówno ilościowo, jak i pod względem czasu występowania i nasilenia, różnie w poszczególnych przypadkach zaznaczone.

Wbrew tym nie tak dawnym poglądom, że choroba pooperacyjna nie ma nic wspólnego ze wstrząsem, gdyż rozpoczyna się dopiero po upływie 1 — 2 dni od operacji i cechuje się wyłącznie zmęczeniem, sennością, zmniejszeniem diurezy, zaburzeniami ze strony serca, krążenia i przewodu pokarmowego — *Leriche* rozszerza pojęcie choroby pooperacyjnej. Włącza bowiem do niej zarówno wstrząs pooperacyjny, jak i spotykane w przebiegu pooperacyjnym powikłania płucne, zaburzenia narządu krążenia, schorzenia żył itd. Wszystko to, co nie jest wywołane przez błąd techniczny ani też błąd w aseptyce, jest tylko nasileniem zmian wywołanych w ustroju przez sam zabieg operacyjny, musi być więc uważane za bezpośrednie następstwo urazu operacyjnego, za chorobę pooperacyjną. Myliłby się jednak kto by przypuszczał, że jest to tylko spór o słowa.

Nawet wstrząs uważa *Leriche* za typ krążeniowy choroby pooperacyjnej i rozróżnia dwie jego postacie: ostrą i podostrą. Będąc zwolennikiem teorii nerwowego mechanizmu powstawania wstrząsu, twierdzi, że jest on następstwem silnego i długotrwałego urazu nerwowego, jaki sprowadza każdy zabieg operacyjny. Uraz tkanek w czasie zabiegu, połączony z utratą krwi, która czyni system naczyniowy bardziej wrażliwym, znajduje swój wyraz w porażeniu systemu naczynioruchowego, występującym po krótkotrwałym jego podrażnieniu. Stwierdzając, że wstrząs i zapad są następstwami podrażnień nerwowych wychodzących z rany operacyjnej, *Leriche* podkreśla, że tym nie mniej nie mogą one być uważane za zjawisko pochodzenia obwodowego. Istotnie sprowadzają się one bowiem do zaburzeń równowagi opuszkowo - rdzeniowych ośrodków naczynioruchowych, które z kolei pociągają za sobą zastój krwi w obrębie narządów zasięgu nerwu trzewnego.

Leriche stanowczo odmawia słuszności teorii białkowej pochodzenia wstrząsu i twierdzi, że czynnik chemiczny nie odgry-

wa w powstawaniu wstrząsu takiej roli, jaką mu usiłowano przypisać. Zastrzegając się, że nie wyłącza bynajmniej możliwości wchłaniania się ciał białkowych już nawet w czasie zabiegu operacyjnego, jest głęboko przekonany, że w powstawaniu wstrząsu pooperacyjnego nie odgrywają one zasadniczej roli. Szereg różnorodnych czynników, w szczególności zaś utrata w czasie zabiegu krwi i chłonienie białek z rany, niewątpliwie może przygotować teren dla powstania wstrząsu, czynnik nerwowy jednak zajmuje pośród nich pierwsze miejsce.

Z punktu widzenia biologicznego każdy zabieg chirurgiczny, nawet najłagodniejszy, jest zawsze brutalny. Ulegają bowiem podrażnieniu zakończenia nerwowe, ginie szereg komórek, przy czym śmierć ich wywołuje w ustroju powstanie zawiłych procesów chemicznych. Towarzysząca zabiegowi utrata krwi odbija się w pierwszym rzędzie na systemie naczyniowym, czyniąc go bardziej chwiejnym; to też krążenie obwodowe traci swe normalne napięcie. Różnorodne te czynniki sumując się stają się przyczyną poważnych zaburzeń, które ustrój musi wyrównać dla odzyskania zachwianej równowagi.

Pochodzenie wszystkich objawów choroby pooperacyjnej nie jest proste, i *Leriche* zastrzega się, że jego rozwiązanie problematu, być może, jest tylko prowizoryczne. Tym nie mniej rozwiązanie swe uważa za jedynie właściwe i przekonywujące. Uważając zabieg operacyjny za uraz, choć celowy, to jednak w samej swej istocie, jeśli chodzi o zmiany powstające w ustroju pod jego wpływem, nie różniący się wiele od urazów przypadkowych, i porównując pod tym względem dosadnie nóż chirurga z nożem apasza, twierdzi, że uraz operacyjny sprowadza chorobę pooperacyjną na drodze nerwowej. Utożsamia więc chorobę pooperacyjną z chorobą pourazową, i widzi w niej chorobę nerwową. Wszystko wydaje się świadczyć o tym, że zarówno istota choroby, jak i mechanizm jej powstawania tłumaczy się podrażnieniami nerwowymi wychodzącymi z rany. Choroba rozpoczyna się bowiem już w czasie operacji, sprowadza się do odruchów naczyniowych, powstających pod wpływem urazu operacyjnego, najcięższym zaś ich przejawem jest sam wstrząs pourazowy.

Z punktu widzenia biologicznego każdy zabieg operacyjny, choć celowy i ratujący życie chorego, jest sam w sobie wypadkiem, katastrofą dla ustroju ze względu na skutki jakie za sobą pociąga. Brzmi to wprawdzie jak paradoks, w istocie jest jednak wyrazem faktu czysto fizjologicznego. Operacja stanowi uraz dla systemu naczynioruchowego, sprowadza miejscowe i ogólne zaburzenia krążenia na drodze odruchowej. Zabieg musi zadrażnić śródtkankowe zakończenia nerwowe, podrażnienia ich zaś przenoszą się poprzez rdzeń na system nerwowy współczulny na drodze odruchowej. Każdy uraz, każde obrażenie nerwów obwodowych wywołuje podrażnienie systemu naczynioruchowego, sprowadzając początkowo skurcz, który ustępuje następnie miejsca rozszerzeniu naczyń. Równolegle do tego, początkowo stwierdzamy leukopenię miejscową, potem hiperleukocytozę. Jeśli uraz operacyjny nie był znaczny, chory nie stracił większej ilości krwi, objawy podrażnienia nerwu współczulnego — skurcz naczyń i leukopenia — utrzymują się tylko w ciągu krótkiego czasu. Zwykle też po zabiegach drobnych i krótkotrwałych zaburzenia równowagi bywają tylko przejściowe i nie posiadają znaczenia klinicznego. Im uraz operacyjny jest silniejszy, im powtarza się częściej, im większa towarzyszy mu utrata krwi, tym podrażnienie to jest większe. Gdy uraz przekracza pewien próg, objawy

podrażnienia nerwu współczulnego nasilają się, skurcz naczyń utrzymuje się przez czas dłuższy, obejmuje również i naczynia obwodowe; stwierdzamy zastój krwi i spadek ciśnienia. Następuje zapad, zjawia się duszność i przyspieszenie tętna — znane objawy niedomogi krążenia.

Leriche twierdzi dalej, że również niedodma płuc, zjawiająca się u chorego po większych zabiegach niejednokrotnie już nawet na stole operacyjnym, pociągająca za sobą zmniejszenie się powierzchni oddechowej, wystąpienie powikłań płucnych i zaburzeń sercowych, jest początkowo w swym mechanizmie chorobą nerwową, następstwem serii odruchów wychodzących z rany operacyjnej.

Podnosząc, że pod wpływem zabiegu zachodzi we krwi szereg zmian fizykalnych, chemicznych i morfologicznych, między innymi zwiększenie się ilości płytek, utrzymujące się w ciągu około 12 dni po zabiegu, zwolnienie prądu krwi w naczyniach i zaburzenia w rozłożeniu krwinek czerwonych, w zaburzeniach tych dopatruje się również zjawiska odruchowego. To też sprawę powstawania w przebiegu pooperacyjnym zakrzepów i zatorów stawia w ścisłym związku przyczynowym ze zmianami we krwi wywołanymi przez chorobę pooperacyjną.

Skutki podrażnienia systemu nerwowego w czasie zabiegu nie ograniczają się jednak wyłącznie do zaburzeń krążenia i oddychania; dotyczą one i innych narządów. Bezpośrednim następstwem choroby pooperacyjnej pierwszego dnia jest brak łaknienia, względnie nawet wstręt do jedzenia, odpowiadający przejściowemu brakowi soku żołądkowego; suchość w ustach, tłumacząca się zahamowaniem wydzielania gruczołowego, występuje w następstwie podrażnienia otrzewnej; wreszcie ogólne odwodnienie ustroju bywa następstwem zaburzeń czynności ośrodka wydalania wody.

Choroba pooperacyjna, nie zawsze uchwytna klinicznie, niekiedy ma przebieg ciężki i nawet groźny dla życia. Na ogół obraz nigdy nie bywa pełny. Pod względem ilości objawów, ich nasilenia i czasu występowania w każdym przypadku przedstawia się ona odmiennie w zależności od właściwości osobniczych chorego, rodzaju zabiegu i temperamentu operatora. Każdy z operowanych chorych cierpi na swą własną, odmienną od innych chorobę pooperacyjną. Tym nie mniej wprowadza *Leriche* sztuczny podział choroby na poszczególne typy. Wyróżnia bowiem chorobę pierwszego wieczora, chorobę drugiego, trzeciego itd. dnia po operacji. Uwzględnia ponadto trzy zasadnicze typy choroby pooperacyjnej.

Pierwszy, najczęściej spotykany i równocześnie najłagodniejszy przebieg choroby pooperacyjnej stanowi t. zw. p r z e b i e g p o o p e r a c y j n y p r a w i d ł o w y, niczym nie powikłany. Składa się nań szereg objawów przedmiotowych i podmiotowych, które od dawna przyjęto uważać za normalne i którym nie przypisuje się żadnego znaczenia. Chodzi o bóle, męczące pragnienie, bezsenność, utrudnione oddawanie moczu, powierzchowny oddech, przyspieszenie tętna, zaburzenia ruchów robaczkowych jelit, przejawiające się zatrzymaniem wiatrów i wzdęciem brzucha, niekiedy powikłania płucne, brak łaknienia, u kobiet nagłe zjawienie się peroidu, który niedawno się skończył. Po kilku dniach ustępują zwykle wszystkie te objawy i dolegliwości upośledzające samopoczucie chorego. Gdy jednak chory wstaje, stwierdzamy, że nie może utrzymywać się na nogach z powodu zwiotczenia mięśni, jest zmęczony, osłabiony, odczuwa zawroty głowy, wreszcie, że wychudł znaczniej, niżby to odpowiadało kilkudniowemu gło-

dzeniu. Okres powrotu do zdrowia trwa różnie długo, niekiedy kilka tygodni. U niektórych wszakże chorych przez czas dłuższy utrzymują się dolegliwości kładzione na karb nerwowości: bezsenność, uczucie zmęczenia, brak łaknienia, zaparcie stolca, u kobiet — opóźnione miesiączkowanie. Naturalnie po zabiegach prostych, przy których zaburzenie równowagi naczynioruchowej jest tylko krótkotrwałe, różnorodne z pośród tych objawów mogą być tylko zaledwie zaznaczone, względnie nie zjawiają się wcale.

Drugi typ choroby pooperacyjnej różni się od pierwszego pod względem nasilenia spostrzeganych objawów i czasu ich występowania. Odpowiada on temu, co zwykliśmy dotychczas nazywać wstrząsem operacyjnym i przedstawia się różnie w zależności od siły wstrząsu. W jednym przypadku bywa zaznaczony tak słabo, że zupełnie ujść może uwagi tych zwłaszcza, którzy nie znajdują dość czasu na uważne kilkakrotne obejrzenie chorego po południu lub w dniu następnym w godzinach rannych. W innych — zaburzenia krążenia bywają zaznaczone wyraźniej. Chory jest blady, ma rozszerzone źrenice, szybkie tętno, niskie ciśnienie krwi, pokryty jest zimnym potem, oddycha powierzchownie, oddaje mało moczu. Stwierdzamy ponadto sinicę obwodowych części kończyn i zmniejszoną ogólną wrażliwość chorego, gdyż na nic się nie skarży i zachowuje się obojętnie wobec otoczenia. Niekiedy spostrzegamy część tylko z pośród tych objawów. Niekiedy ustępują one w ciągu pierwszej, drugiej lub trzeciej doby; w innych przypadkach nasilają się i kończą śmiercią. Jeśli operacja była ciężka, jeśli chirurg nie operował łagodnie, już w czasie zabiegu tętno i oddech przyspiesza się, ciśnienie opada, kończyny stają się chłodne, sine i wilgotne. Po obudzeniu się chory jest obojętny na wszystko co się dzieje. Mówimy, że źle się budzi. W rzeczywistości mamy do czynienia z porażeniem krążenia. Stan taki trwa różnie długo, zwykle do późnej nocy lub nazajutrz rana, jeśli nie pogorszy się gwałtownie, prowadząc do śmierci. W przypadkach tych stwierdzamy niestosunek między ciepłotą ciała centralną i obwodową: pierwsza jest nadmiernie wysoka, druga — zbyt niska. Chory jest zszokowany, mówimy że umiera z powodu wstrząsu. W rzeczywistości stan ten jest wynikiem operacji zbyt traumatyzującej i stanowi ciężką postać krążeniową choroby pooperacyjnej pierwszego dnia.

Trzeci typ choroby pooperacyjnej odpowiada temu, co według dotychczasowych poglądów uważaliśmy za powikłania przebiegu pooperacyjnego. W ciągu pierwszych dni po zabiegu nie stwierdzamy żadnych niepokojących objawów, choć chory ma język suchy, szybkie tętno i jest nieco podniecony. Dopiero w 4. — 5., względnie nawet w 8. czy 10. dniu po zabiegu tętno przyspiesza się znacznie i wybitnie pogarsza się stan chorego. Stwierdzamy zaburzenia opróżniania się jelit, zjawiają się wzdęcia i wymioty żółciowe, obraz nazwany przez Francuzów „syndrome pseudo - péritonéal". Stan ten odpowiada zaburzeniom humoralnym, nagromadzeniu się nadmiernej ilości azotu i zmniejszeniu ilości chlorków we krwi.

Leriche przypuszcza wreszcie, że choroba pooperacyjna pozostawia niekiedy po sobie w ustroju trwałe ślady i że doszukaćby się można późnych jej następstw anatomicznych i czynnościowych, gdybyśmy potrafili wiązać ze sobą przyczynowo schorzenia, pomiędzy wystąpieniem których upłynęło wiele czasu. Zwłaszcza pewne zaburzenia jelitowe i niektóre postacie niedomogi narządów wewnętrznych winny być uważane za odległe następstwa choro-

by pooperacyjnej, na tej chociażby podstawie, że chorzy zbyt wiele mówią o tych dolegliwościach, aby miały one nie odpowiadać prawdzie.

Zdaniem *Leriche'a* jesteśmy wszakże w stanie niemal w zupełności zapobiec chorobie pooperacyjnej, ograniczając do minimum miejscowy uraz operacyjny. Należy tylko operować w znieczuleniu miejscowym, zawsze przed przecięciem obstrzykiwać nowokainą pęczki naczyniowo-nerwowe, przenoszące podrażnienia wychodzące z rany, przerywając w ten sposób przewodnictwo nerwowe, nawet gdy zabieg przeprowadzamy w uśpieniu; dalej operować bezkrwawo, a więc jak najdokładniej tamować krwawienie przez chwytanie i podwiązywanie każdego najmniejszego nawet naczyńka przed jego przecięciem, względnie bezpośrednio po przecięciu; powoli i delikatnie wyłaniać narządy, nie pociągając przy tym za ich krezki, nie wykonywać w czasie zabiegu żadnych ruchów wymagających użycia siły, nie zakładać obrażających powłoki w ciągu długiego czasu haków samotrzymających ani miażdży; izolować chorego po operacji, wreszcie podawać mu kwas węglowy po każdym zabiegu, aby skłonić do głębokiego oddychania. Winno się używać tylko bardzo lekkich i delikatnych kleszczyków naczyniowych, pozwalających chwycić to tylko, co należy chwycić i nie pozostawiać ich w ranie, aby swym ciężarem nie ciągnęły drobniutkich nerwów, lecz natychmiast podwiązywać każde chwycone naczynie; nie posługiwać się miażdżami, delikatnie zakładać haki i tylko w miarę istotnej potrzeby. *Leriche* mówi o nabożeństwie gestu, konieczności pamiętania cały czas o tym, że operujemy tkanki żywe. Każdy zabieg winien być atraumatyzujący, tak aby ciśnienie krwi pod koniec zabiegu nie różniło się od ciśnienia początkowego. Brak spadku ciśnienia po zabiegu jest prawdziwym miernikiem jego łagodności. Ostrożności te nie zawsze są potrzebne. Znaczna część operowanych przez nas przypadków ich nie wymaga. Aby wszakże nauczyć się operować łagodnie, należy w ten sposób operować stale.

Nie dość łagodne obchodzenie się z trzewiami sprawia, że u pewnych chorych po zabiegu utrzymują się przez czas dłuższy bóle brzucha, bezsenność, zaparcia stolca. Dla chorych tych operacja, ściśle rzecz biorąc, nie oznacza powrotu do zdrowia, raczej stanowi ona początek nowej choroby. Łagodne operowanie pozwala na uniknięcie szeregu poważnych powikłań pooperacyjnych, w szczególności powikłań ze strony narządu krążenia i powikłań płucnych. Uzyskanie dobrego wyniku po zabiegu operacyjnym pozostaje w najściślejszym związku z utrzymaniem równowagi życia wegetatywnego, bez której niezbędna współpraca tkanek jest nie do pomyślenia. Równowaga ta polega na prawidłowym krążeniu; zaburza ją skurcz naczyń, powstały w następstwie zadrażnienia systemu współczulnego.

O tym, że oszczędzanie tkanek podczas zabiegu jest warunkiem dobrej techniki, znacznie ważniejszym od czasu trwania zabiegu, wiedzieliśmy już od dawna; mówili o tym nawet zwolennicy toksycznej teorii choroby pooperacyjnej. Wielokrotnie podnoszono, że miażdżenie tkanek, obrażanie nerwów, zwłaszcza nerwów trzewnych, sprzyja powstawaniu wstrząsu. *Rehn* podkreślał, że bezpośrednie oddziaływanie wzajemne układu naczyniowego i nerwowego układu roślinnego zmusza do stosowania w różnych przypadkach różnej techniki operacyjnej. Podnosił on też, że pooperacyjne zaburzenia czynności krążenia grożą nie tylko śmiertelną zapaścią, lecz i wystąpieniem w dalszym przebiegu pooperacyjnym zakrzepów i zatorów.

Wszyscy chirurdzy przyznają, że są

zwolennikami delikatnego operowania. Rzeczywistość jednak, jak słusznie twierdzi *Leriche*, daleko odbiega od słów, nikt bowiem nie oszczędza należycie tkanek. Brutalne zakładanie haków, obrażających zakończenie nerwów powłok: skóry, mięśni i otrzewnej, nerwów, o których wiemy, że najmniejsze ich podrażnienie zapalne sprowadza dobrze nam znane pod nazwą obrony mięśniowej napięcie powłok, miażdżenie ścian żołądka i dwunastnicy przy pomocy potężnych zgniataczy itd. — stanowi szereg poważnych urazów nerwowych. Większość ogólnie używanych narzędzi chirurgicznych jest nieodpowiednia, a posługiwanie się nimi — niewłaściwe. Mocne kleszczyki naczyniowe Peana względnie Kochera, miast zacisnąć światło drobniutkiej tętniczki, miażdżą otaczające ją tkanki; potężne haki maltretują wszystko z czym się stykają, w szczególności nerwy zawarte w tkankach. Wszystkie one są zbyt ciężkie, toporne, brutalne. Przypominając, jak wielki przewrót w chirurgii systemu nerwowego sprowadziły reguły wprowadzone przez *Cushinga*, reguły oparte na zasadach głoszonych już przed 50 laty przez *Halsted'a*, *Leriche* żąda, aby stały się one domeną całej chirurgii i dopatruje się w tym wielkiego postępu, pozwalającego zmniejszyć do minimum ryzyko choroby pooperacyjnej.

Niewątpliwie teoria *Leriche'a* znajdzie wielu zwolenników, a postępowanie jego— wielu naśladowców. Czytając ten tak sugestywny artykuł wielkiego chirurga - fizjologa każdy chirurg mimowoli robi rachunek własnego sumienia; własne doświadczenie pozwala mu potwierdzić trafność ujęcia wielu z pośród przytoczonych spostrzeżeń, przypomina i wyjaśnia popełnione błędy. Napomnienia *Leriche'a* winny też stać się groźnym „memento" dla tych wszystkich, którzy pragną postępu chirurgii — a któż go nie pragnie?

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Dr T. Sokołowski.*

Leczenie biodra szpotawego pourazowego

podał

Dr Zygmunt Ambros.

Wielka rozbieżność poglądów na sprawę leczenia biodra szpotawego da się wytłumaczyć niewyjaśnioną ostatecznie etiologią i patogenezą tego schorzenia.

Ogólnie ujmując, przez „szpotawość biodra" określa się ustawienie szyi wobec trzonu kości udowej pod mniejszym kątem nachylenia, aniżeli w warunkach prawidłowych. Nazwa ta czysto morfologiczna nie charakteryzuje, jak to podkreśla *Komza*, jednolitego obrazu chorobowego pod względem etiologii i przebiegu, gdyż obejmuje się nią cały szereg zniekształceń dotyczących górnego odcinka kości udowej z towarzyszącymi im dolegliwościami.

Zespoły objawów obserwowane przy biodrze szpotawym dają się wyosobnić na ściśle określone charakterystyczne obrazy chorobowe, z pośród których postać wrodzona, krzywicza i wieku młodzieńczego występują najczęściej. W czystych typach różnice kliniczne i rentgenologiczne są wyraźne.

Istnieje jednak duża liczba przypadków

nietypowych, w których zmiany patologiczne zaznaczają i uwidaczniają się jedynie na główce kości udowej, dalej odmiany ze zmianami dotyczącymi w przeważnej części szyi, a przypominającymi coxa vara adolescentium, odmiany obejmujące i panewkę w stopniu tak znacznym, jak przy arthritis deformans itd.

Są to jak gdyby postacie przejściowe, w których na rtg. dopatrzeć się można cech, przynależnych wszystkim trzem wyodrębnionym typom.

Szereg badaczy, jak *Wagner, Tavernier, Nové Josserand, Walter, Pitzen, Key* i *Huc* rozwinęło hipotezę, że zależnie od wieku chorego (od okresu kostnienia), od stopnia uwapnienia i od miejsca usadowienia, rozwinąć się może taki lub inny typ biodra szpotawego. U dzieci w pełni rozwoju, przy usadowieniu się sprawy dokoła jądra kostnienia główki, otrzymamy typ osteochondritis deformans. Gdy kostnienie główki będzie bardziej posunięte, w wieku późniejszym, proces rozwinąć się może na terenie chrząstki epifizarnej, powstanie coxa vara adolescentium. W wieku jeszcze późniejszym, gdy już kostnienie zrobiło znaczne postępy, proces sadowiąc się na powierzchni główki i panewki da typ arthritis deformans.

Jakkolwiek hipotezie tej nie można, zdaniem *Trawińskiego*, zarzucić braku logiczności, nie wyjaśnia ona istoty schorzenia i nie pozwala na ustalenie praktycznych wytycznych postępowania.

Ze zmianą zapatrywań na istotę powstawania biodra szpotawego, podział jego na poszczególne grupy, jako też postępowanie lecznicze uległy zmianie.

Ostatnio przyjęły się dwa podziały: I — autorów francuskich na:

a) coxa vara congenita,
b) coxa vara essentialis (c. v. adolescentium, coxa flecta, epiphysiolysis),
c) coxa vara symptomatica.

II — podział autorów niemieckich jest szerszy i zamyka w dwóch grupach poszczególne postacie chorobowe, wydzielone pod względem etiologicznym:

1. coxa vara idiopathica
   a) c. v. congenita,
   b) c. v. adolescentium,
2. coxa vara symptomatica
   a) jako skutek schorzeń ogólnych (rachitis, osteomalatio, chondrodystrophia, osteoporosis senilis),
   b) jako skutek schorzeń niezapalnych, miejscowych (arthrosis def., ostitis fibrosa),
   c) jako skutek schorzeń zapalnych miejscowych (osteomyelitis, osteochondritis, coxitis tbc),
   d) pochodzenia urazowego — coxa vara traumatica.

Wyodrębniona przez *Sprengla* z ogólnego pojęcia biodra szpotawego — coxa vara traumatica i wyosobniona jako odrębna jednostka chorobowa, odchyla się od pozostałych postaci nieznacznie, gdyż kliniczne ich objawy są prawie jednakowe.

Powstaje ona w następstwie oderwania nasady główki kości udowej i odpowiada złamaniu szyi kości udowej u dorosłych. W okresie początkowym ruchy są ograniczone, później wolne, z wyjątkiem odwodzenia i skręcania do wewnątrz. Postać ta występuje w okresie dojrzewania płciowego u osobników typu adiposo-genitalnego, oraz u osobników szczupłych o wysokim wzroście z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym *(Hoffmeister)*. Przyczyną wywołującą jest czasem zawodowe przeciężanie kończyny, czasem jednorazowy uraz.

Schanz, Sudeck i *Müller* przypisują urazowi tylko rolę wywołującą, gdyż działaniem swym rozluźnia on tylko schorzałą już chrząstkę nasadową.

Na podobnym stanowisku stoi też *Böhler*, którego zdaniem oddzielenie nasady szyi kości udowej jest wyrazem zaburzeń wewnętrznego wydzielania, a w mniejszym stopniu następstwem wypadku.

Froehlich, Kirmisson, Pouzet i *Lance* również przypisują urazowi nieduże znaczenie. Zdaniem ich właściwszą z tej racji jest dla tej postaci nazwa coxa vara essentialis, aniżeli coxa vara traumatica.

Wolter, Müller i Mau wykonywali doświadczenia na zwierzętach, polegające na wywołaniu oddzielenia główki od szyi. Badania ich stwierdziły, że w oddzieleniu nasady główki kości udowej nie można wyłączyć znaczenia urazu, jako momentu wywołującego powstanie coxa vara.

Obrazy rtg. coxa vara traumatica są podobne, jak przy złamaniach podgłówkowych szyi kości udowej. W przypadkach oddzielenia się nasady główki kości udowej, szyja ulega przywiedzeniu, skręceniu w bok i przemieszczeniu do góry, tak że wydaje się, że główka ześliznęła się w dół i do tyłu.

Postępowanie lecznicze przy coxa vara nie jest jednolite i podczas gdy jedni autorzy są zwolennikami leczenia zachowawczego, inni skłaniają się raczej do leczenia operacyjnego. Jedno i drugie postępowanie daje tylko pewien procent wyników dobrych tak, że trudno jest rozstrzygnąć na podstawie piśmiennictwa, które z nich jest celowe.

Wytyczne postępowania leczniczego uzależnia się od rodzaju przypadku, stopnia szpotawości, a przede wszystkim od czasu, który upłynął od powstania epifizjolizy.

W przypadkach świeżych (wg *Mau* do 4 tygodni) udaje się uzyskać nastawienie sposobem zalecanym przez *Lorenza*. Przy ustalonej miednicy zgina się chorą kończynę w biodrze i kolanie do kąta prostego, po czym odwodzi się forsownie do takiego kąta odwiedzenia, do jakiego jest możliwe odwiedzenie po stronie zdrowej i z tej pozycji skręca się do wewnątrz do kąta około 30°. W tym momencie może być słyszalny trzask odpowiadający nastawieniu, jak przy zwichnięciu wrodzonym biodra. Następnie nie zmieniając skręcenia do wewnątrz, prostuje się kończynę prawie zupełnie i wkłada opatrunek gipsowy w odwiedzeniu do kąta około 45°.

Niektórzy autorzy stosują przed redresją wyciąg *Taverniera* celem rozluźnienia zrostów. *Böhler* zaleca zakładanie przygotowawczego wyciągu na kilka tygodni przed nastawieniem — w odwiedzeniu, skręceniu do środka i wyprostnym ułożeniu stawu, celem wyrównania przykurczu mięśni przywodzących oraz usunięcia skręcenia na zewnątrz.

Do wyciągu używa się plastra lub gwoździ, przy czym zastosowanie gwoździ jest bardziej celowe, gdyż umożliwia usunięcie rotacji zewnętrznej .

Obciążenie wyciągu nie może być zbyt wielkie, gdyż w takich razach może nastąpić nadwichnięcie główki ku dołowi *(Walter)*.

W świeżych przypadkach urazowych po założeniu wyciągu zaleca *Raszeja* ustalanie repozycji opatrunkiem gipsowym. Opatrunki te zmienia się co 6 — 8 tygodni i wykonuje się równocześnie kontrolę rtg., śledząc przebudowę główki i szyi. Zrost następuje zwykle około 3. — 5. miesiąca, a po tym czasie można już przystąpić do leczenia fizykalnego. Do czasu zupełnego wyleczenia (około roku) zaleca się noszenie odciążającego aparatu ortopedycznego.

Leczenie zachowawcze daje dobre wyniki w przypadkach wczesnych. Po upływie 4 tyg., jak dowodzą tego badania *Mau*, nastawienie oddzielonej nasady główki kości udowej jest niewykonalne. Badania do-

świadczalne *Mau* potwierdziły obserwacje kliniczne *Axhausena, Weila* i *Lance'a*, zdaniem których po wykonaniu redresji w przypadkach zastarzałych coxa vara traumatica następuje bardzo często martwica główki. W tych warunkach redresja — będąca reepifizjolizą — jest ponownym urazem, sprowadzającym zaburzenia odżywcze w tkance kostnej. Poza tym gwałtowna redresja kryje w sobie niebezpieczeństwo uszkodzenia torebki i części miękkich, a powstałe w ten sposób blizny i zrosty ograniczają niejednokrotnie zakres ruchomości stawu.

W przypadkach starszych, w których przyszło już do utrwalenia zniekształcenia, nie można drogą redresji uzyskać prawidłowego ustawienia szyi. *Böhler* uważa próby redresji w przypadkach zastarzałych coxa vara traumatica za bezwzględnie przeciwwskazane, gdyż oderwana główka zostaje przez odwiedzenie i skręcenie do wewnątrz jeszcze bardziej wyciśnięta z panewki, a prócz tego podczas gwałtownego odwodzenia dochodzi często do zmiażdżenia rozmiękczonej główki, co w rezultacie prowadzi do zesztywnienia stawu biodrowego.

Dlatego też ostatnio *Pouzet* i *Lance*, na zasadzie doświadczeń własnych i innych autorów, zalecają w przypadkach zastarzałych leczenie operacyjne bez podejmowania uprzednich prób redresji.

Metod operacyjnych podano bardzo wiele; różnią się one między sobą założeniami odnośnie do wysokości osteotomii, kierunku cięcia, traktowania okostnej, dalej — leczeniem następowym, oraz celem dla których się je wykonuje (dla poprawienia statyki, usunięcia bólów, uzyskania wydłużenia, przywrócenia większego zasięgu ruchów w stawie biodrowym itd).

Zasadniczo te zabiegi operacyjne dadzą się podzielić na trzy grupy:

1. osteotomie przezszyjkowe,
2. „ przezkrętarzowe,
3. „ podkrętarzowe.

Osteotomię przezszyjkową wykonał po raz pierwszy *Adams*, przecinając linijnie szyję kości udowej. Postępowanie jego przyjął *Büchinger*, opracowując je jako metodę operacyjną. *Kraske* wprowadził osteotomię klinową szyi, *Klapp* — w kształcie odwróconej litery Y, której jedno ramię przecina szyję, a drugie odbija krętarz wielki. *Spitzy* i *Codivilla* prowadzili linię cięcia łukowato — metody ich różnią się między sobą tym, że płaszczyzny cięcia biegną w innych osiach. Wszystkie te metody nie dawały na ogół wyników dobrych, gdyż kończyły się często martwicą główki i zesztywnieniem stawu.

Osteotomie przezkrętarzowe *Terrier - Hennequin'a, Drehmana, Langego, Brackett - Albeego, Klappa* (I metoda), *Silverskiölda* i *Hoffy* mają na celu odchylenie prostego kąta szyi względem trzonu kości udowej. Są one jednak bardzo traumatyzujące, przez to że dla ich wykonania szkieletować się musi zbytnio okolicę krętarzy, a wyniki osiągnięte nie różnią się wiele od uzyskanych drogą osteotomij podkrętarzowych. W zależności od przypadku i od uznania autorów osteotomie podkrętarzowe przeprowadza się na różnych płaszczyznach. Mają one za zadanie, podobnie jak i osteotomie przezkrętarzowe, wydłużenie kończyny przez zmianę jej statyki, jako też korekcję nieprawidłowego ułożenia kończyny.

Z pośród nich dałoby się wyosobnić: osteotomie klinowe *Schanza* i *Pauwelsa*, linijną *Hoffy, Hassa* i *Böhlera*, schodkowatą *Momsena*, bagnetową *Camery* i rozwidleniową (bifurkacja) w typie *Kirmissona, Bayera, Lorenza* i *Grucy*.

Wyniki osiągane wszystkimi wspomnianymi sposobami są na ogół jednakowe. Nie udaje się nimi uzyskać wyleczenia fizjolo-

gicznego, lecz są to zabiegi łagodzące i, zależnie od wyboru techniki operacyjnej, usuwają jedynie najbardziej dolegające choremu objawy biodra szpotowego.

Hoffmeister, Nasse, Klapp i *Lance*, poddając krytycznej ocenie wyniki osiągane przez osteotomie przezszyjkowe, uważają je za niewskazane, gdyż zdaniem ich szkieletując szyję upośledza się krążenie, ponadto wymagają one długotrwałego unieruchomienia następowego, co w rezultacie prowadzi do zupełnego usztywnienia stawu biodrowego. Zdaniem *Klappa i Böhlera* za najlepsze postępowanie przy zastarzałej coxa vara traumatica uważać należy osteotomię podkrętarzową i wyciąg drutowy za udo, który zakłada się bezpośrednio po zabiegu. Pod kontrolą rtg. reguluje się obciążenie stosownie do tego, czy odłamki przybierają bardziej szpotawe, czy koślawe ułożenie, by móc utrwalić zamierzoną pozycję.

Osteotomie podkrętarzowe, jakkolwiek ostatnio najbardziej przyjęte i polecane przez rozlicznych autorów, nie rozwiązują jednak zupełnie zagadnienia, jak leczyć zastarzałe biodra szpotawe pourazowe. Nie odtwarzają one stosunków prawidłowych stawu biodrowego, a przy znaczniejszych skróceniach kończyny wymagają utrwalenia jej po osteotomii w dużym odchyleniu (często poza kąt 45°), co odbija się potem na statyce i pociąga za sobą nowe dolegliwości. Zdaniem *Schumma* prawie z reguły w takich przypadkach powstaje kolano koślawe z całym zespołem objawów z nim związanych.

Mimo więc olbrzymiej ilości metod operacyjnych, najdokładniej opracowanych przez rozlicznych autorów — leczenie zastarzałego biodra szpotawego pozostaje wciąż jeszcze kwestią otwartą, a wybór najłatwiejszego postępowania operacyjnego dyktuje osobiste zapatrywanie chirurga.

W Instytucie Chirurgii Urazowej leczono operacyjnie 5 przypadków zastarzałego biodra szpotawego pourazowego. Jeden przypadek (1.) osteotomią podkrętarzową, trzy (3. 4. i 5.) — osteotomią przezszyjkową z następowym zespoleniem odłamków gwoździem Smith - Petersena w odmianie Sokołowskiego i wreszcie jeden (2.) świeżej epfizjolizy — zespolono pozastawowo gwoździem S. P.

Celem zobrazowania stosowanego w Instytucie postępowania Sokołowskiego i przedstawienia techniki operacyjnej, przytaczam historię chorób naszych przypadków:

Przyp. 1. N. J. Nr h. ch. 608/37, lat 17.

Wywiad rodzinny b. zn. — dotychczas nie chorował. Obecna choroba datuje się od 2 lat, a wystąpiła po upadku na kopiec kamieni, przy czym silnie uderzył się w okolicę prawego stawu biodrowego. Gwałtowny ból, jaki wystąpił bezpośrednio po urazie utrzymywał się w ostrym nasileniu jedynie przez pierwszą dobę. Już na drugi dzień wstał z łóżka i lekko kulejąc zaczął chodzić. Bóle w zakresie stawu o miernym nasileniu odczuwał chory przez cały czas. Potęgowały się one po większych marszach, cofały się zupełnie w spoczynku. Z biegiem czasu zaznaczało się coraz wybitniejsze ograniczenie ruchomości w zakresie stawu biodrowego oraz potęgowało się kulenie z powodu coraz większego przywiedzenia kończyny i jej następowego skrócenia. Zaniepokojony tym stanem chory zgłasza się do Instytutu z prośbą o zabieg operacyjny.

Stan ogólny i miejscowy dobry, chód lekko kaczkowaty. Kończyna dolna prawa ustawiona w przywiedzeniu i skręceniu na zewnątrz. Zgięcie w zakresie stawu biodrowego wolne do kąta 75°, bolesne, odwiedzenie zniesione, podobnie jak skręcenie do wewnątrz. Kończyna dolna prawa w porównaniu z lewą skrócona o 2 cm (krętarz duży o 2 cm powyżej linii R.-N.).

Rtg.: Epiphysiolysis capitis femoris dextri (rys. 1, 2).

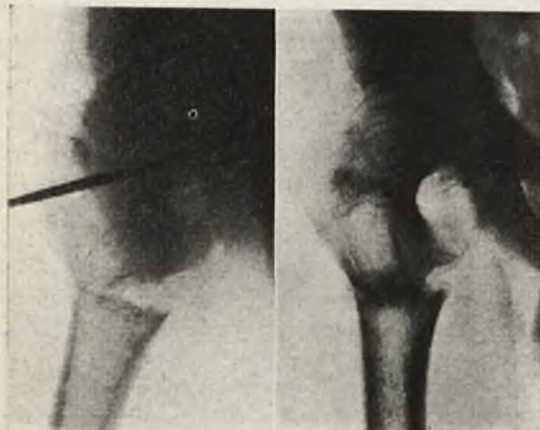
Zabieg operacyjny (*dr Sokołowski*): W znieczuleniu miejscowym z cięcia pionowego w długiej osi uda odsłonięto okolicę podkrętarzową i wykonano osteotomię tuż poniżej krętarza małego. Uprzednio wbito w masyw dużego krętarza gwóźdź Steinmanna, za pomocą którego po przecięciu kości przywiedziono górny odłam kości udo-

wej (rys. 3). Wykonano korekcję ustawienia kończyny przez odwiedzenie, po czym po zaklinowaniu odłamków (przez zluźnienie wyciągu) założono opatrunek gipsowy ustalający. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.



Rys. 1, 2.

Kontrola późniejsza wykazała, że skrócenie kończyny zostało wyrównane, a chód bez kołysania na boki. Zasięg ruchów w stawie biodrowym, zgięcie i przywiedzenie w granicach, jak przed zabiegiem. Rtg. (rys. 4) wykazał konsolidację



Rys. 3, 4.

w miejscu osteotomii, kąt szyi względem dolnego odcinka kości udowej (poniżej osteotomii) — zbliżony do prawidłowego.

Przyp. 2. A. M. Nr h. ch. 888/36 i 1262/36. Lat 11.

Ojciec chorej zmarł na gruźlicę, poza tym wywiad rodzinny b. zn. Po urazie, któremu uległa przed 2 mies., a którego mechanizmu dziś już określić nie umie — zaczęła odczuwać dolegliwości w zakresie stawu biodrowego lewego. Bóle te, o nieznacznym zresztą nasileniu, występowały po dłuższym chodzeniu, malały po odpoczynku. Utrzymywały się one trwale i sprowadziły pewne ograniczenie ruchomości stawu biodrowego. Stan taki utrzymuje się bez wyraźniejszej poprawy przez 2 mies. Przed dwoma dniami, po ponownym urazie wystąpiły gwałtowne bóle w tym samym stawie biodrowym, uniemożliwiające zupełnie wszelkie próby ruchów w obrębie dotkniętego stawu. Mechanizm urazu był następujący: przy schodzeniu ze schodów chora zawadziła o stopień i upadła, przysiadając w rozkroku maksymalnie wyprostowaną i lekko odwiedzioną kończyną. Po tym „szpagacie" nie mogła wstać o własnych siłach.



Rys. 5, 6.

Ponieważ leczenie w domu nie przyniosło poprawy, zgłasza się do Instytutu Urazowego z prośbą o poradę lekarską.

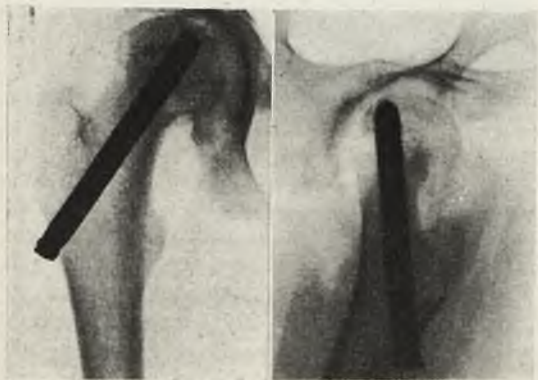
Stan ogólny i miejscowy: Chora wzrostu średniego, budowy silnej, o nadmiernie jak na wiek rozwiniętej tkance tłuszczowej. Układ krążenia, narządy oddechowe i przewód pokarmowy b. zm. Kończyna dolna prawa ustawiona w przywiedzeniu, lekkiej fleksji i skręceniu na zewnątrz. Wybitne ograniczenie zgięcia w zakresie stawu biodrowego, odwiedzenie zniesione. Próby ruchów w stawie biodrowym wywołują żywą bolesność. Kończyna prawa w porównaniu z lewą skrócona o 3 cm (skrócenie względne). Krętarz o 3 cm powyżej linii Roser - Nelatona.

Rtg. (rys. 5 i 6) wykazuje oddzielenie się główki kości udowej ze skręceniem osi i ześliznięciem samej główki ku tyłowi. Rozpoznanie: epiphysiolysis capitis femoris dextri.

W narkozie ogólnej wykonano próbę nastawie-

nia bezkrwawego, uwieńczoną częściowym powodzeniem. Pozostało jeszcze niewielkie skręcenie główki ku tyłowi. Po nastawieniu założono ustalający opatrunek gipsowy, typu Whitmanna. Kontrola rtg. wykonana po kilku dniach wykazała pogorszenie i reluksację główki. Wobec tego przystąpiono w narkozie ewipanowej do ponownej repozycji. Po kontroli rtg., która wykazała poprawne nastawienie, zespolono odłamki kostne gwoździem S. P. (rys. 7. i 8).

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, po 10 dniach chora chodzi o lasce, a po 14 zostaje wypisana z poleceniem zgłoszenia się za 3 mies. do kontroli.



Rys. 7, 8.

Badanie kontrolne: po opuszczeniu Instytutu chora chodziła jeszcze około 3 tyg. o lasce, nie odczuwając przy tym żadnego bólu ani ograniczenia ruchomości stawu biodrowego. Od przeszło miesiąca chodzi bez laski i przestała uważać kończynę prawą za chorą. Klinicznie i rentgenologicznie stan badzo dobry. Kończyny obie równej długości, o tym samym zasięgu ruchów w zakresie stawu biodrowego. Wobec potwierdzonego przez rtg. dobrego zrostu główki i konsolidacji blizny kostnej, usunięto w narkozie gwóźdź.

Przyp. 3 [1]). J. S. Nr h. ch. 121/38. Lat 12.

Wywiad rodzinny b. z. Od 3 lat chory uskarża się na przejściowo występujące bóle w stawie biodrowym lewym. Czy zostały one wywołane jakimś urazem, rodzice dziecka podać nie umieją, są raczej skłonni uważać, że bóle te wystąpiły samoistnie. Od półtora mniej więcej roku datuje się wyraźne pogorszenie procesu chorobowego. Bóle nasiliły się, zaznaczyło się wyraźne kulenie przy chodzeniu i coraz większe ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym. Ostatnie pogorszenie zostało wywołane przez nieznaczny uraz.

Stan ogólny: Budowa prawidłowa, wzrost na wiek odpowiedni, odżywienie mierne. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się. Miejscowo: Kolce biodrowe po obu stronach na jednej wysokości. Krętarz duży po stronie lewej o 3 cm. powyżej linii Roser - Nelatona. Kończyna dolna lewa o 3 cm krótsza od prawej. Skrócona kończyna ustawiona jest w przywiedzeniu i lekkim skrę-



Rys. 9, 10.

ceniu na zewnątrz. Chód jak przy wrodzonym zwichnięciu w stawie biodrowym. Ruchy w stawie biodrowym lewym: zgięcie i wyprostowanie w granicach prawidłowych, przywiedzenie normalne, odwiedzenie prawie całkowicie zniesione. Skręcanie do zewnątrz ograniczone. Zaników mięśniowych nie stwierdza się. Kręgosłup bez kompensacyjnych wygięć.

Rtg. (rys. 9 i 10): szpara stawu biodrowego lewego węższa, aniżeli po stronie przeciwnej. Na panewce stawowej i główce kości udowej porowate nierówności chrząstki. Główka kości udowej obsunięta ku dołowi, tworzy z szyją kąt zbliżony do prostego. Rozp.: osteochondritis coxae juvenilis, status post epiphysiolysim.

Zabieg operacyjny *(dr Sokołowski):* W narkozie ogólnej z cięcia przedniego otwarto staw biodrowy po oddłutowaniu kolca kości biodrowej — ze względu na konieczność dobrego dostępu do przesuniętego do góry odłamu obwodowego. Po otwarciu torebki stawowej na przedniej powierzchni szyi przedłutowano ją dłutem płaskim, po czym za pomocą wyciągu, odwiedzenia i skręcenia

[1]) Przyp. 3. i 4. były demonstrowane przez *dr Sokołowskiego* na posiedzeniu Warszawskiego Koła T-wa Ortopedycznego i Traumatologicznego 28 marca 1938 r. Vide sprawozdanie w „Chirurgu Polskim" Nr. 3/38 str. 155.

do wewnątrz poprawiono ułożenie odłamków. Po kontroli rtg. i stwierdzeniu stosunków prawidłowych wbito gwóźdź kierowniczy. Wykonano ponowne zdjęcie kontrolne i wbito gwóźdź Sokołowskiego, zespalając odłamki wg. jego techniki. Szew na części miękkie i skórę, opatrunek aseptyczny (opatrunku gipsowego nie zakładano).

Przebieg pooperacyjny powikłany krwiakiem, po opróżnieniu którego rana zagoiła się szybko. Po 4 tyg. pozwolono choremu na chodzenie o kulach. Rtg. (rys. 11 i 12) wykazują znaczną poprawę ustawienia odłamków. Kontrola przeprowadzona po 2 mies. wykazała: skrócenie kończyny wyrównane, chory chodzi dobrze bez oparcia. Bolesności żadnej w zakresie stawu biodrowego nie odczuwa. Ruchy stawu biodrowego ograniczone w dalszym ciągu, ale zasięg ich zaczyna się zwiększać. Dalsze poprawienie zgięcia i odwiedzenia jest prawdopodobnie tylko kwestią czasu.

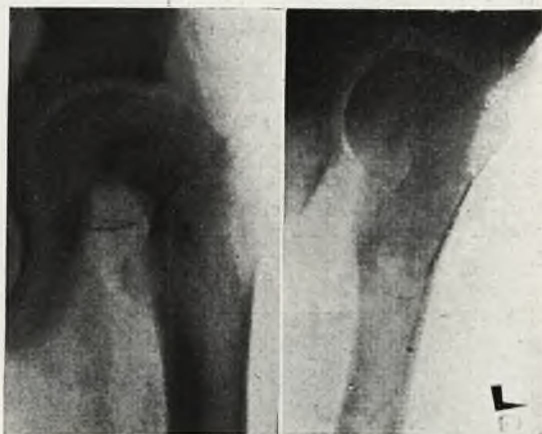


Rys. 11, 12.

Przyp. 4. L. F. Nr h. ch. 141/38. Lat 15.

Wywiad rodzinny b. z. Przed 5 tyg. upadł na ślizgawce, uderzając bokiem lewym o taflę lodową. Bezpośrednio po urazie wystąpił żywy ból, uniemożliwiający poruszanie kończyny. Po kilku dniach nasilenie bolesności zmniejszyło się wydatnie, pozostały jednak stałe dolegliwości przy chodzeniu, utrzymujące się do dnia dzisiejszego. Równocześnie chory zauważył pewne utrudnienie przy odwodzeniu kończyny. W ostatnich tygodniach pojawiło się kulenie, przy czym kończyna utrwaliła się na stałe w przywiedzeniu. Ograniczenie ruchomości dotyczyło nie tylko odwiedzenia, ale i zgięcia, tak że utrudniało choremu siadanie. W tym stanie został skierowany do Instytutu.

Stan ogólny: Chory jak na wiek wzrostu wysokiego, o silnej budowie i dobrym odżywieniu. Narządy wewnętrzne b. z. Stan miejscowy: kończyna dolna lewa ustawiona w przywiedzeniu i skręceniu zewnętrznym i w lekkim przykurczu w zakresie stawu biodrowego. Stwierdza się znaczne upośledzenie ruchów, zwłaszcza odwodzenia i skręcania do zewnątrz. Skrócenie względne wynosi 2 cm.



Rys. 13, 14.

Na rtg. (rys. 13 i 14) widać stan po oddzieleniu się nasady główki kości udowej, przesunięcie odłamka główki ku dołowi i znaczną szpotawość.

Zabieg operacyjny (*dr Sokołowski*) wykonano na stole ortopedycznym. Staw otwarto z cięcia przedniego, po czym wykonano rotacyjną osteotomię szyi kości udowej. Za pomocą wyciągu, skręcenia do zewnątrz i odwiedzenia uzyskano prawidłowe nastawienie odłamków główki i wykonano zespolenie gwoździem Sokołowskiego. Szew na części miękkie, w dolnym biegunie rany umieszczono sączek silkowy. Opatrunku gipsowego nie zakładano.



Rys. 15, 16.

Zdjęcie kontrolne (rys. 15 i 16) wykazało doskonałe ustawienie odłamków i prawidłową rekonstrukcję kąta szyi.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zgoiła się przez rychłozrost. Już po 2 tyg. pozwolono choremu na rozpoczęcie uruchamiania stawu biodrowego przez siadanie w łóżku, a po 3 tyg. na chodzenie o kulach. Chory od początku chodzi zupełnie dobrze bez kulenia i bez bólów. Po kilku dniach posługuje się już tylko 1 kulą przy chodzeniu; przy siadaniu na fotelu zgina operowaną kończynę w stawie biodrowym poza kąt prosty. Kontrola przeprowadzona po 2 mies. wykazała stan bardzo dobry. Chory chodzi pewnie, bez kołysania na boki nie używając laski. Zakres ruchów (szczególnie odwodzenie) uległ wyraźnej poprawie.

Przyp. 5. T. R. Nr h. ch. 411/38. Lat 13.

Wywiad rodzinny b. z. Chorób w dzieciństwie nie przechodził. Przed 2 laty upadł na lewy bok. Silna bolesność stawu biodrowego utrzymywała się po wypadku przez kilka tygodni, zmuszając chorego do leżenia w łóżku. Po pewnym czasie nasilenie bólu zmalało i chory mógł zacząć chodzić. Od samego początku zauważył pewne skrócenie kończyny i bardzo znaczne ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym. Upośledzenie ruchomości zmniejszyło się po kilku miesiącach, ruchy jednak nie powróciły do normy, a skrócenie kończyny zaczęło się jakby powiększać. Stan taki utrzymywał się bez wyraźniejszych zmian przez przeszło rok. W ostatnim półroczu wystąpiło wybitne pogorszenie z czasowym nawrotem bólów i znacznym spotęgowaniem skrócenia, tak że chory zaczął coraz bardziej kuleć. Równocześnie zaznaczyło się ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym.

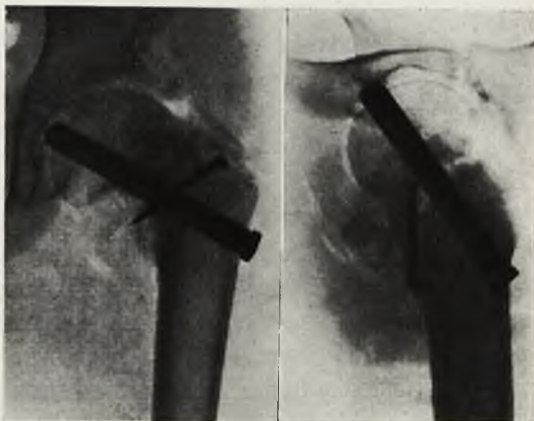
Stan obecny: Chory wzrostu średniego, budowy astenicznej, odżywienia miernego. Narządy wewnętrzne b. z. Miejscowo stwierdza się, że kończyna dolna lewa ustawiona jest w znacznym przywiedzeniu (poza linię środkową ciała) i w dużym skręceniu na zewnątrz. W porównaniu z kończyną zdrową skrócona jest o 6 cm; krętarz duży tyle samo wystercza powyżej linii Roser - Nelatona. Objaw Trendelenburga dodatni. Ruchy w zakresie stawu biodrowego wybitnie ograniczone: zgięcie wolne od kąta 120°, odwodzenie i skręcanie do wewnątrz zniesione.

Rtg. (rys. 17 i 18) wykazuje: główka kości udowej w linii epifizy przesunięta bardzo znacznie ku dołowi i zrotowana do tyłu. Szyja wybitnie skrócona tworzy z trzonem kości udowej kąt zbliżony do ostrego. Krętarz duży wysunięty znacznie ku górze podchodzi do talerza biodrowego. Rozszerzenie cienia chrząstki nasadowej, przy czym kontury jego są nierówne. Zdjęcie osiowe wykazuje dość znaczną antekurwację.

Zabieg operacyjny (*dr Sokołowski* i *dr Ambros*) wykonano w narkozie ogólnej, odsłaniając staw z cięcia przednio-bocznego (Mathieu'go), które w czasie zabiegu przedłużono w bok, podobnie jak biegnie dolne ramię cięcia Smith - Petersena, celem odsłonięcia krętarza dużego. Po otwarciu stawu stwierdzono, że szyja ustawiona w płaszczyźnie strzałkowej wystercza ku przodowi. Powierzchnia szyi nierówna, chropowata w miejscach odpowiadających chrząstce nasadowej. Do tylnej jej powierzchni przyrośnięta jest główka skręcona o 90° do tyłu, tak że kontaktuje ona tylko krawędzią z tylną powierzchnią szyi. W linii epifizarnej przecięto zrost skręconej główki z szyją żłobowym dlutem, wykonując osteotomię rotacyjną. Przez ścięcie nierówności wygładzono kikut szyi, utrzymując jednak zarys półkulisty płaszczyzny przecięcia, celem uniknięcia skracania szyi i lepszego dopasowania jej powierzchni



Rys. 17, 18.



Rys. 19, 20.

do główki. Repozycję i odtworzenie warunków anatomicznych udało się uzyskać dopiero po przecięciu silnie zbliznowaciałej i skurczonej tylnej torebki (wykonano je przez szparę osteotomijną, powiększoną przez skręcenie na zewnątrz), odbiciu krętarza dużego i oddzieleniu przyczepów przykurczonych mięśni. Odcinki kości zespolono w skorygowanym ułożeniu gwoździem S. P. Krętarz duży wraz z przyczepami mięśniowymi przybito gwoździem Lambotte'a. Szew na torebkę, mięśnie i skórę, sączek silkowy. Kończynę ustalono na podpórce Brauna.

Dotychczasowy przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, rana zagojona przez rychłozrost.

Rtg. kontrolny (rys. 19 i 20) wykazuje zniknięcie szpotawości i poprawne ustawienie szyi względem trzonu kości udowej. Skrócenie 6 cm stwierdzone przed zabiegiem zostało dokładnie wyrównane. Chory pozostaje obecnie w leczeniu klinicznym, tak że o stopniu uzyskanej poprawy ruchomości powiedzieć jeszcze nie można. Da się stwierdzić jedynie zniesienie skrócenia i korekcja ustawienia kończyny.

Obserwacja naszych przypadków, leczonych za pomocą osteotomii przezszyjkowej metodą *Sokołowskiego* — pozwala na wysunięcie odmiennych od *Hoffmeistra* i *Lance'a* wniosków. Autorzy ci uważają osteotomie przezszyjkowe za przeciwwskazane w leczeniu coxa vara traumatica, gdyż zdaniem ich zbyt często w rezultacie końcowym dają martwicę główki i zupełną sztywność stawu biodrowego. Poglądy swe wypowiedzieli na zasadzie obserwacji przypadków leczonych sposobem *Codivilli* i *Büchingera*. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy metodami wspomnianych autorów, a postępowaniem przyjętym ostatnio w Instytucie. Metody tamte pociągają za sobą szerokie otwarcie stawu i oddzielanie torebki na dużej przestrzeni, co z natury rzeczy upośledza krążenie — a tym samym odżywienie główki. W metodzie *Sokołowskiego* staw otwiera się z cięcia przedniego, które daje dobry dostęp do przedniej powierzchni szyi. W czasie zabiegu unika się szerokiego odwarstwiania okostnej i chroni główkę przed wywichnięciem ze stawu, celem zachowania naczyń przebiegających w więzadle obłym. *Codivilla* i *Büchinger* stosowali po zabiegu długotrwałe unieruchomienie, które już samo przyczynić się mogło w dużej mierze do zesztywnienia stawu.

W przypadkach naszych do utrzymania odłamków w poprawionym ułożeniu używano gwoździa, podobnie jak się postępuje w leczeniu złamań szyi kości udowej. Nie spostrzegaliśmy ani razu martwicy główki. Dzięki użyciu do zespalania odłamków gwoździa przystępowano wcześnie do obciążania kończyny operowanej, co przyspieszało konsolidację blizny kostnej i pozwalało na wczesne uruchamianie stawu. Osteotomię wykonuje się rotacyjnie za pomocą dłuta żłobowego, gdyż umożliwia to dokładne dopasowanie odłamków, bez potrzeby skracania szyi.

Obawa zniszczenia chrząstki rozrostowej nie jest przeciwwskazaniem dla tego rodzaju postępowania, gdyż:

1. do uszkodzenia chrząstki przyszło w zasadzie już wcześniej, w momencie powstania epifizjolizy;
2. coxa vara traumatica dotyczy przeważnie osobników już starszych, u których rozrost jest prawie ukończony;
3. nie potwierdza jej doświadczenie kliniczne. *Wilson, Felsenreich* zespalają odłamki po repozycji epifizjolizy gwoździem S. P. zarówno w przypadkach świeżych jak i starych. *Komza* ogłosił 2 przypadki leczone podobnie jak nasze osteotomią przezszyjkową, które zespolono gwoździem S. P. *Gruca* do zespolenia użył dwukrotnie gwoździa Steinmanna. Wymienieni autorzy również nie spostrzegali martwicy główki ani zahamowania wzrostu kończyny na skutek zniszczenia chrząstki nasadowej.

Osteotomia przezszyjkowa pozwala na przywrócenie stosunków anatomicznych w stawie biodrowym i na wyleczenie „fizjologiczne” *(Kreuz)* chorego. Dzięki temu ma ona niewątpliwą wyższość nad zabiegami paliatywnymi, pod postacią różnego typu osteotomij podkrętarzowych.

Pomyślne wyniki osiągnięte w naszych przypadkach zachęcają do zalecania tego sposobu postępowania.

ZUSAMMENFASSUNG.

Behandlung der coxa vara traumatica

v.

Dr Z. Ambros.

Nach einer kurzen historischen Einleitung bespricht der Verfasser die im Institut für Traumatische Chirurgie in Warschau von *Sokołowski* angewandte Metode, nach der man 3 Fälle von *coxa vara traumatica inveterata* bahandelt hat. Sie beruht auf einer Schenkelhalsrotationsosteotomie, wonach man zur Synthesis der Bruchenden einen von *Sokołowski* modifizierten S. P. Nagel anwendet. In der Nachbehandlung wird kein Gipsverband angelegt. Schon nach 3 Wochen erlaubt man dem Kranken das Bettverlassen und die Mobilisierung des Gelenkes. In allen auf diese Weise behandelten Fällen erreichte man die Rekonstruktion der anatomischen Verhältnisse des Gelenkes und einen guten Aktivitätszustand.

KAZUISTYKA

Z I Kliniki Chirurgicznej U. J. P.
Dyrektor: Prof. *Z. Radliński.*

Z kazuistyki uchyłków przewodu pokarmowego

podał

Dr Zygmunt Lewandowski.

Pewne odcinki przewodu pokarmowego są mniej, inne więcej predysponowane do powstawania na nich uchyłków, ich rozwoju i wynikających stąd zaburzeń i powikłań.

Przeglądając piśmiennictwo znajdujemy opisy uchyłków niemal w każdym odcinku przewodu pokarmowego, a więc: przełyku, nadwpustowe uchyłki żołądka, dwunastnicy z wyjątkiem jej części położonej zaotrzewnowo, jelita czczego, kątnicy i wreszcie najczęściej jelita grubego do esicy włącznie.

Anatomicznie dzielimy uchyłki na prawdziwe i rzekome. Prawdziwymi nazywamy te, których ściana ściśle odpowiada budowie ściany jelita. W uchyłkach rzekomych mamy uwypukloną błonę śluzową i podśluzową pokryte surowicówką, ale nie ma w nich błony mięsnej, która kończy się u podstawy uchyłka. Ogromna większość uchyłków przewodu pokarmowego — to uchyłki rzekome; są one czymś nakształt przepukliny czy też wypadnięcia śluzówki wraz z podśluzówką poprzez rozstęp włókien mięsnych.

Zapartywania na powstawanie i rozwój uchyłków nie są w zupełności uzgodnione: jedni jak *Hocheissig, Linsmayer, Kamp-*

mayer, twierdzą, że są to zmiany wrodzone i łączą je z zaburzeniami rozwojowymi, w których rolę przyczynową odgrywają zawiązki dodatkowych gruczołów trzustkowych. Dowodem słuszności tego zapatrywania miałby być fakt, że prawidłowy zawiązek trzustki występuje początkowo jako uwypuklenie ściany dwunastnicy, uchyłki byłyby więc poronnymi przewodami trzustkowymi; drugim dowodem byłyby badania histologiczne ścian uchyłków, w których często wykrywano komórki trzustkowe.

Według innego poglądu uchyłki są to zmiany nabyte, tak że usposobienie wrodzone nie odgrywa wyłącznej roli; owszem wrodzona jest mniejsza odporność, słabsza budowa ściany kiszki, przy czym za miejsca słabsze uważane są miejsca wnikania naczyń krwionośnych, nerwów i przewodów gruczołowych .

Za dodatkowe czynnki, które sprzyjają powstawaniu uchyłków, uważamy: bębnicę, przewlekłe nieżyty jelit, u osobników wyniszczonych ogólne zwiotczenie ścian jelit i zmniejszoną odporność tkanek, a także wzmożone ciśnienie śródbrzuszne *(Polgar).*

Odrębny nieco w swoich zapatrywaniach na powstawanie uchyłków jest *Barsony,* który twierdzi, że uchyłek powstaje nie drogą uwypuklenia się ściany jelitowej na skutek wzmożonego ciśnienia, ale wskutek odruchowo powstającego zwiotczenia odcinka ściany jelitowej w tym miejscu, które od urodzenia jest słabsze. Autor przeprowadza analogię między tymi zwiotczeniami i skurczami odruchowymi.

Uchyłki przewodu pokarmowego często przebiegają bezobjawowo, to też najczęściej są wykrywane dopiero na sekcjach. Te uchyłki, które dają objawy, zresztą nie charakterystyczne, czasem dają się uchwycić badaniem rentgenowskim.

Niezmiernie rzadko uchyłki manifestują się ciężkimi zaburzeniami i dolegliwościami. Zaburzenia te można podzielić na mechaniczne, jak tworzenie się kamieni kałowych, zaleganie ciał obcych, przebicie uchyłka lub skręt jego szypuły, oraz na zapalne — w postaci diverticulitis chronica, subacuta, acuta i gangraenosa. Przejście zagnieżdżonych w uchyłku bakteryj przez ścianę uchyłka bez jej przebicia daje obraz peridiverticulitis z następowymi zrostami dokoła, a nawet przewężeniem jelita.

Przebicie uchyłka może dawać tak poważne powikłania, jak ogólne zapalenie otrzewnej, miejscowy ropień lub przetokę. Z dalszych powikłań wymienię przewlekłe zapalenie otrzewnej lub krezki i wreszcie nowotworowe bujanie ściany uchyłka. Niektóre uchyłki, mimo że ani w nich, ani wokół nich nie toczy się żadna sprawa zapalna, dają o sobie znać.

Ohnell, Albrecht, Polgar usiłowali ująć objawy kliniczne uchyłków w dwa typy: pierwszy miał dawać objawy wrzodu żołądka lub dwunastnicy z okresowością właściwą tym cierpieniom; drugi typ miał odpowiadać zespołowi objawów przy raku żołądka lub przewlekłym schorzeniu pęcherzyka żółciowego.

Jeżeli chodzi o przyżyciowe rozpoznanie uchyłków, to oczywiście, pomijając objawy kliniczne, które najczęściej są nietypowe, największą rolę odgrywa prześwietlenie przewodu pokarmowego. Niestety, czasami i to badanie nie może dać ścisłej odpowiedzi, a znane są przypadki, gdzie rentgenologicznie wykryty uchyłek nie dał się odszukać po otwarciu jamy brzusznej. Tłumaczymy sobie to zjawisko zapadaniem się ścian uchyłka niewypełnionego papką barytową. Ściany próżnego uchyłka ściągają się tak, że nie wystają ponad poziom ściany jelita. Wysoko na jelicie cienkim umiejscowione uchyłki mogą, przez nakładanie się cieniów w obrazie rentgenow-

skim naśladować obrazy wrzodu żołądka lub dwunastnicy, jak to miało miejsce w spostrzeganym przez nas przypadku.

Chora M. B. lat 27, była leczona przez dłuższy czas z powodu dolegliwości żołądkowo-kiszkowych. Po dłuższej obserwacji na jednym z oddziałów wewnętrznych i badaniu rentgenologicznym ustalono rozpoznanie jako wrzód opuszki dwunastnicy.

Przytaczam opis badania rentgenowskiego w całości: żołądek zlekka opuszczony i rozszerzony, w dolnej części ruchomy i dobrze przesuwalny. Perystaltyka żołądka żywa, przy pierwszym badaniu opróżnianie się szybkie. Opuszka dwunastnicy kształtuje się zupełnie nieprawidłowo, jest ona przewężona w środkowej części. Przewężenie to powstaje wskutek głębokiego wcięcia od strony wielkiej krzywizny opuszki, podczas gdy mała krzywizna jest sztywna, o zarysach zatartych; opuszka jest bolesna przy ucisku. Po 5-ciu godzinach żołądek zawiera jeszcze niewielką ilość masy kontrastowej. Staza w zniekształconej, jak poprzednio opuszce. Ulcus bulbi duodeni ad pylorum *(dr Zalewski)*.

W ciągu 6-cio tygodniowego leczenia zachowawczego stan chorej znacznie się pogorszył, wobec czego przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Dnia 17.X 1932 w narkozie eterowej cięciem pośrodkowym otwarto jamę brzuszną. Żołądek w normalnym położeniu. Wiotkie błoniaste zrosty pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą. Charakter tych zrostów wskazuje na to, że nie są one zejściem sprawy zapalnej, lecz raczej są wrodzone i dowodziłyby pewnych zaburzeń rozwojowych w tym odcinku jamy brzusznej. Dokładnie obejrzany żołądek i dwunastnica nie wykazały nigdzie śladów owrzodzenia, natomiast na przykrezkowym brzegu jelita czczego w odległości 4 cm. od więzadła Treitza znaleziono uchyłek długości 5 cm i szerokości 3 cm, komunikujący ze światłem jelita.

Uchyłek znajdował się w krezce jelita, wychodząc z miejsca jej przyczepu i rozchylając jej tkankę. Wokół szypuły uchyłka u jego podstawy można było zauważyć okrężny bieg włókien mięsnych. Uchyłek usunięto. Szew dwupiętrowy na ścianę jelita, szew na otrzewnę i powłoki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Badanie histologiczne uchyłka *(dr Dąbrowska)* wykazuje brak w nim błony mięsnej, co kwalifikuje go jako uchyłek rzekomy.

Tak więc przy zabiegu operacyjnym nie zdołano stwierdzić żadnych zmian patologicznych ani w żołądku, ani w dwunastnicy, natomiast znaleziono dość duży uchyłek, który najprawdopodobniej przyczynił się przy rentgenowaniu przewodu pokarmowego do mylnego rozpoznania wrzodu dwunastnicy.

Odwrotnie biorąc, uchyłki mogą być naśladowane przez kamienie pęcherzyka żółciowego, nerkowe i trzustkowe, mylić je można ze zwapniałymi gruczołami krezkowymi lub zaotrzewnowymi, ze zwapnieniami torebki Glissona i rozszerzeniem papillae Vateri. Momentami różniczkowymi są: brak cienia przed podaniem papki barytowej, pozostawanie przez dłuższy czas cienia mimo przejścia kontrastu i duża ruchomość wypełnionego uchyłka.

Dochodzimy do wniosku, że w opisanym przypadku wypełniony kontrastem uchyłek jelita czczego mógł dawać cień, który w rzucie przednio - tylnym nałożył się na okolicę opuszki dwunastnicy i dał obraz wrzodu opuszki. Momentem sprzyjającym były zrosty między pęcherzykiem a dwunastnicą, które mogły dać pewne jej zniekształcenie.

PIŚMIENNICTWO.

Ball: The Journal of the American Medical Association 1920, tom LXXIV, *Basilier:* Finska Läkaresällskapets Handlingar tom LX, *Dean Leutis:* The Journal of the American Medical Association 1921, tom LXXVI, *Dobrucki:* Przegląd Chir. 1913 9, *Golakowski:* Medycyna Nr. 19 — 20, rok II, *Grabowski* i *Hilarowicz:* Pol. Gaz. Lek. Nr. 43, *Greder:* Thèse de Doctorat 1921, *Grey Turney:* The Lancet, tom CXCVIII, 1920, *Horodyński:* Gaz. Lek. 1915 XLIX s. 453, *Kaspar:* Arch. f. Klin. Chir. 9, 1913, *Kirschner - Nordmann:* Chirurgie tom V, *Maxwel Telling:* The Lancet, tom CXCVIII 1920, *Meisels:* Polski Przegląd Radiologiczny tom I, *Orłowski:* Medycyna Nr. 3, rok 1930, *Terry* and *Mugler:* Archives of surgery 1921 tom II, *Villar:* Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, 1920 tom XLI.

Z Oddziałów Chirurgicznego i Neurologicznego Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynatorzy: *Dr J. Jasieński* i *Dr W. Chłopicki.*

Niezwykłe powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego: zapalenie opon mózgordzeniowych, wywołane przez prątki okrężnicy

podali

Dr W. Chłopicki i Dr P. Hornicki.

Oto w skróceniu historia choroby omawianego przypadku:

Chory lat 20, był operowany w 3-cim dniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu rdzeniowym. W jamie brzusznej stwierdzono obecność niewielkiej ilości wolnego mętnego płynu. Usunięto wyrostek dotknięty zgorzelą, po czym jamę brzuszną warstwowo zaszyto szczelnie. W 3-cim dniu po zabiegu chory zaczął się skarżyć na silne bóle głowy. Stwierdzono zwolnienie tętna i sztywność karku. Ze względu na nasilanie się objawów oponowych wezwano na konsylium neurologa, który na podstawie osłabienia dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, zaznaczonego odruchu Babińskiego po stronie prawej, zniesienia odruchów kolanowych i Achillesowych oraz wyraźnych objawów oponowych rozpoznał zapalenie opon mózgowych i zaznaczone objawy zapalenia mózgu. Chorego ułożono poziomo, zaaplikowano lód na głowę, wstrzykiwano mu codziennie dożylnie cylotropinę i glukozę, wreszcie podawano w iniekcjach i do wewnątrz antistreptinę. Sztywność karku nie zmniejszała się jednak. Przy nakłuciu lędźwiowym, wykonanym w 8 dni po zabiegu, po zagojeniu się przez rychłozrost rany operacyjnej, pobrano do badania mętny płyn mózgordzeniowy, wydobywający się z kanału pod dużym ciśnieniem. Pleocytoza wynosiła 810 ciałek w 1 mm.; w preparacie mazanym stwierdzono obecność 90% leukocytów wielojądrzastych i 10% limfocytów; na pożywkach zaś wyrosły prątki okrężnicy. Krew okazała się jałową. W 2 dni potem powtórne lecznicze nakłucie, przy czym z mętnego płynu wyhodowano po raz drugi prątki okrężnicy. Po trzech dalszych dniach przy nowym nakłuciu wydobyto również płyn mętny. Pleocytoza wynosiła 160 w mm.; odczyn Pandy wypadł dodatnio, Weichbrotta — ujemnie, odczyn Nonne - Apelta dał wynik wątpliwy. Badanie znacznie bardziej przejrzystego niż poprzednio płynu, zebranego przy nakłuciu wykonanym po upływie dalszych czterech dni, wykazało obecność 1% białka; pleocytoza wynosiła 140 w 1 mm. Na pożywkach po raz trzeci wyrosły prątki okrężnicy. W 3 dni później, równolegle ze znaczną poprawą stanu klinicznego — ustąpieniem bólów głowy i zmniejszeniem się sztywności karku, pleocytoza wynosiła już tylko 106 w 1 mm.; płyn zawierał 1% białka, odczyn Pandy wypadł słabo dodatnio, Nonne - Apelta — ujemnie, Weichbrotta — wątpliwie. Badanie neurologiczne wykazało: źrenice równe, okrągłe, dobrze oddziaływują na światło i przystosowanie się, jednak gałek ocznych chory nie doprowadza całkowicie do kącików zewnętrznych. Stwierdzono bolesność uciskową punktu wyjścia I i II gałązek n. trójdzielnego. Prawa dolna gałązka nerwu twarzowego okazała się nieco słabszą od lewej. Odruchy kolanowe i Achillesowe po obydwu stronach były równe, żywe, podeszwowe — słabe, odruch Babińskiego wypadł ujemnie. Z pośród objawów oponowych była jeszcze zaznaczona sztywność karku, dodatni Kernig i Brudziński. Badanie nie wykazało zaburzeń zarówno czucia powierzchownego, jak i głębokiego; Romberg — ujemny. Chory przy chodzeniu trzymał się jeszcze nieco sztywnie. Jeśli chodzi o ciepłotę ciała, to opadła ona do normy w 12 dni po zabiegu. Objawy kliniczne zapalenia opon cofały się szybko i chory opuścił szpital w końcu 4-ego tygodnia.

Wykazanie bakteryj w płynie mózgordzeniowym świadczy w naszym przypadku niezbicie o tym, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem opon, a ponieważ chodziło o zakażenie prątkami okrężnicy — sprawę należałoby postawić w ścisłym związku przyczynowym ze schorzeniem, z powodu którego chory był operowany, tj. z ostrym zgorzelinowym zapaleniem wyrostka. Podręczniki nic nie wspominają o podobnej etiologii zapalenia opon mózgordzenio-

wych. Mówią tylko, że schorzenie może powstać na drodze przerzutowej przy szeregu spraw ropnych: w posocznicy, przy zapaleniu naczyń chłonnych, zakrzepowym zapaleniu żył, zgorzeli kończyn, zapaleniu szpiku kostnego, miedniczek nerkowych, rozstrzeniach oskrzeli, ropniach płuc, ropnym zapaleniu opłucnej, zapaleniu wsierdzia, ranach ropiejących, przy czyraczności, zapaleniu woreczka żółciowego, ropniach wątroby, ropniach sterczu, wreszcie w przebiegu wielu chorób zakaźnych.

Pośród różnorodnych zarazków, wywołujących zapalenie opon mózgordzeniowych, znajdujemy również prątki okrężnicy. Częstość występowania zapalenia opon pochodzenia okrężniczego jest przez różnych autorów różnie oceniana. *Kaufmann* twierdzi, że schorzenie najczęściej bywa wywołane przez ziarenkowce: paciorkowce, gronkowce, bądź też dwoinki zapalenia opon mózgordzeniowych, znacznie zaś rzadziej przez laseczki, pośród których prątki okrężnicy znajdują się na drugim pod względem częstości miejscu. *Le Blanke*, działąc wszystkie zarazki chorobotwórcze na trzy grupy, w zależności od tego, czy często czy też rzadko, względnie tylko wyjątkowo wywołują zapalenie opon mózgordzeniowych, zalicza również prątki okrężnicy do I grupy. W przeciwieństwie do tych autorów *Pochopień* twierdzi, że pałeczka okrężnicy niezmiernie rzadko występuje w etiologii zapalenia opon mózgordzeniowych, jako czynnik wywołujący. Zebrał on bowiem z piśmiennictwa zaledwie 35 tego rodzaju przypadków, wliczając w nie 16 przypadków amerykańskich, zestawionych przez *Barrona*. Z polskich autorów jedynie *Kostrzewski* i *Pochopień* spostrzegali po jednym przypadku zapalenia opon, wywołanego przez prątki okrężnicy.

Schorzeniu, jak to podkreślają *Warembourg* i *Bedrine*, przeważnie ulegały dzieci, nawet noworodki; rzadziej chodziło o osoby dorosłe. Niejednokrotnie, podobnie jak i w naszym przypadku, przypominało ono nagminne zapalenie opon; u dzieci przeważnie miało przebieg mniej typowy. Niekiedy obraz kliniczny był nie wyraźny, nie świadczył pewnie o schorzeniu opon i rozpoznanie rozstrzygało dopiero nakłucie lędźwiowe. Rokowanie, poza przypadkami autorów francuskich, było złe, podobnie jak przy wszystkich innych postaciach ropnego zapalenia opon mózgordzeniowych; jedynie bodaj zakażenie meningokokowe pozwala na względnie dobre rokowanie. Jako rzadkie wyjątki sporadycznie notowano jednak wyleczenie przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych, wywołanego przez różnorodne zarazki. Również i nasz przypadek należy do tych szczęśliwych wyjątków.

W związku z tym pragniemy poruszyć sprawę schorzeń układu nerwowego, wywołanych przez prątki okrężnicy. Na podstawie piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego, ma się wrażenie, iż schorzenia te wcale nie są tak wyjątkowe, jak to dawniej przypuszczano. *Draganescu* podkreśla, że prątki okrężnicy, a raczej ich toksyny, mogą uszkadzać nerwy obwodowe; uszkodzenia te sprowadzają neuralgie, najczęściej dotyczące szyi i karku, względnie przebiegają pod postacią zapalenia nerwów (poliradiculoneuritis). *Desgeorges* w przebiegu zakażeń prątkami okrężnicy spotykał zaburzenia w układzie roślinnym o cechach t. zw. nerwicy wegetatywnej. *Gilbert* i *Lyon* spotykali na tym tle objawy porażenne. *Toulouse, Marchand* i *Courtois* spostrzegali przypadki zapalenia mózgu z następowymi zaburzeniami psychotycznymi, które wystąpiły w przebiegu zakażenia prątkami okrężnicy. W przypadku *Claude'a, Baruka* i *Foresteira* zapalenie mózgu o tej samej etiologii miało nieco odmienny przebieg; poza zaburzeniami

psychotycznymi spostrzegano bowiem stany pomieszania i przymroczenia, jak w psychozach przy zakażeniu połogowym. Wreszcie *Baruk* i *Forestier* przy zakażeniach wywołanych przez prątki okrężnicy spostrzegali zaburzenia psychotyczne o cechach psychozy schizofrenicznej.

W pewnych z pośród tych przypadków, na podstawie przeprowadzonych prób ich leczenia przy pomocy odbiałczonej surowicy Vincenta, udało się nawet wykazać istnienie pewnej równoległości między nasileniem objawów neuro-psychicznych a natężeniem objawów zakażenia prątkami okrężnicy. *Vincent* w badaniach swych, przeprowadzonych nad toksynami prątków okrężnicy, z pośród trzech różnorodnych znalezionych toksyn wyodrębnił exotoksynę ciepłochwiejną, działającą neurotropowo. Badania te, potwierdzane przez jednych *(Hoven* i *Baruk),* krytykowane przez innych *(Warembourg* i *Bédrine),* wymagają jeszcze dalszego potwierdzenia. *Baruk* i *Hoven* przy pomocy neurotoksyny okrężnicowej Vincenta wywołali u zwierząt stany katatoniczne, podobne do tych, jakie *De Jong, Fernandes* i *Ferreira* wywołali uprzednio przy pomocy bulbocapniny. Na tej podstawie *Baruk* przypuszcza, że pewne postacie psychozy schizofrenicznej mogą powstać w następstwie zakażenia prątkami okrężnicy. Jeśli wyniki doświadczeń *Baruka* i *Hovena* zostaną potwierdzone w przyszłości — posiadalibyśmy niezbity dowód, świadczący o powinowactwie biochemicznym jadu okrężnicowego do układu nerwowego.

W świetle dotychczasowych badań nie podobna już wszakże zaprzeczyć, czy zakażenie prątkami okrężnicy nie odgrywa mniej lub bardziej znacznej roli w patologii schorzeń neurologicznych i psychiatrycznych. Niewątpliwie niesłusznie dziś jeszcze nadużywamy w medycynie szeregu różnorodnych pojęć; być może okaże się, że pewne schorzenia systemu nerwowego, uważane ze reumatyczne, grypowe, bądź zatrucia niejasnego pochodzenia, istotnie powstają w związku z przebytym zakażeniem prątkami okrężnicy, gdy częściej będziemy badać chorych w tym kierunku.

W naszym przypadku mieliśmy do czynienia z nieznanym w piśmiennictwie powikłaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przez ropne zapalenie opon, wywołane przez prątki okrężnicy i zakończone zejściem pomyślnym u chorego, operowanego w znieczuleniu rdzeniowym. Nie decydujemy się na rozstrzygnięcie, co było przyczyną wystąpienia tego powikłania.

Wiemy o tym, że ropne zapalenie opon mózgordzeniowych, nie powstałe w następstwie bezpośredniego zawleczenia zarazków do kanału kręgowego, np. przy zranieniu, występuje na skutek przeniesienia się do opon zarazków drogą krwionośną z innych, odległych nawet ognisk chorobowych, znajdujących się w ustroju. Mówi się, że do wystąpienia schorzenia wystarczy tylko krótkotrwała obecność zarazków we krwi, jednorazowe ich przedostanie się do krążenia, rzekomo często występujące zwłaszcza na początku wielu chorób. Świadczą o tym spostrzeżenia kliniczne, na drodze doświadczalnej bowiem niezwykle trudno jest zakazić opony drogą krwi. Ustalenie jednak tego rodzaju związku przyczynowego w naszym przypadku nie jest łatwe, gdyż, jak wiadomo, bakterie chorobotwórcze wyjątkowo tylko przedostają się do krwi z otrzewnej.

Uwzględniając, że zdarzają się przypadki zapalenia opon pochodzenia urazowego, możnaby przypuścić, że czynnikiem wyzwalającym schorzenie, przez stworzenie w oponach niejako miejsca najmniejszego oporu w ustroju, było znieczulenie rdzeniowe, w którym operowano chorego. W zna-

nych z piśmiennictwa przypadkach *Walkera, Koniga, Sonnenberga, Tratenrotha* i *Kaldeweya* znieczulenie rdzeniowe wywołało proces zapalny w oponach rdzenia. *Pautrier, Simon, Mayofis, Boros, Savescu, Asheworth* i *Cesare* spostrzegali aseptyczne zapalenie opon po wprowadzeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia różnorodnych płynów leczniczych względnie znieczulających, między innymi zaś nowokainy i stowainy, stosowanych przy znieczuleniu rdzeniowym. W doświadczeniach zaś na zwierzęciu *Davis, Haven* i *Emmett*, jak twierdzą, wykazali ponad wszelką wątpliwość, że prawie wszystkie środki stosowane przy znieczuleniu rdzeniowym sprowadzają mniej lub więcej wybitne podrażnienie opon. Kilku autorów podkreśla, że na zapalenie opon po nakłuciu lędźwiowym zapadają osobnicy młodzi.

Codzienne doświadczenie kliniczne wydawałoby się jednak przeczyć możliwości istnienia związku przyczynowego między zapaleniem opon, wywołanym przez bakterie chorobotwórcze, a znieczuleniem rdzeniowym zastosowanym przy zabiegu. Zastanowienia wymaga bodaj jedyny tylko przypadek *Perrina, Lavergue'a* i *Poiriera*, w którym po operacji przepukliny pachwinowej, wykonanej w znieczuleniu rdzeniowym, wystąpiła posocznica, wywołana przez ziarenkowce zapalenia opon mózgowych. Usiłowano tłumaczyć go w ten sposób, że uraz, wywołany przez znieczulenie rdzeniowe i zabieg operacyjny, uczynnił tego ziarenkowca, który, jako saprofit, znajdował się przed zabiegiem w jamie nosowej chorego. Niepodobna rozstrzygnąć czy przypuszczenie to jest istotnie słuszne. W każdym razie pozostałe wyjątkowe znane z piśmiennictwa przypadki zapalenia opon mózgordzeniowych, wywołanego przez bakterie ropotwórcze i powstałego w związku z nakłuciem lędźwiowym bądź znieczuleniem rdzeniowym, należy niemal wyłącznie przypisać błędowi w aseptyce.

Znieczulenie rdzeniowe posiada już milionową statystykę; przeciwskazania do tego znieczulenia dawno już zostały ściśle ustalone, przy czym nie znajdujemy pośród nich ostrych schorzeń jamy brzusznej, nawet o charakterze zgorzelinowym i ropnym. Mówi się tylko, że nie wolno stosować tego znieczulenia w stanach ostrych zatruć ustroju, w stanach septycznych i posocznicy, poza tym u chorych sercowych, niewyrównanych, wykrwionych, z niskim ciśnieniem krwi, zwiększeniem ilości mocznika i chlorków we krwi, wreszcie u chorych dotkniętych gruźlicą lub kiłą. Przy ropnym zapaleniu otrzewnej szereg autorów nie tylko nie widzi przeciwwskazań do stosowania znieczulenia rdzeniowego, lecz wprost przeciwnie, dopatruje się w nim wielkich korzyści zarówno dla chorego, jak i operatora. O słuszności takiego ujęcia sprawy wielokrotnie mieliśmy sposobność przekonać się na naszym materiale.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Ashworth:* Nervous sequeles of spinal anaesthesia. — Brit. Jour. of Anaesth., 10, 1933, 2) *Boros:* Ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, Bd. 33, 1926, 3) *Casare:* Ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie., Bd. 55, 1931, 4) *Draganescu:* Ref. Zentralblatt f. Neurologie u. Psychiatrie, 1936, 5) *Hawen:* A propos des psychoses colibacillaires. Journal Belge de Neurologie, 1935, 6) *Kaldewey:* Ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, Bd. 47, 1929, 7) *Le Blanke:* Neue Deutsche Klinik (Klemperera), 1937, 8) *Perrin, Lavergue* et *Poirier:* Inféction meningococcique et rachianaesthesie. Paris médical, 1929, 9) *Pochopień F.:* Bacterium coli mutabile w zapaleniu opon mózgordzeniowych. Polska Gazeta Lekarska, Nr 4., 1938. (piśmiennictwo), 10) *Savescu:* Meningitische Reaktionen nach Rückenmarksanaesthesie. Ref. Zentralorgan f d. ges. Chirurgie., Bd. 27, 1924., 11) *Warembourg* i *Bédrine;* Les accidents nerveux au cours de la colibacillose. Paris médical, 1936.

Z Oddziałów Neurologicznego i Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.

Przypadek guza rdzenia

podali

Dr W. Chłopicki i Dr J. Jasieński

Ordynatorzy oddziałów.

Historia choroby przypadku brzmi jak następuje:

Chora G. M. lat 50, została skierowana do szpitala z powodu niedowładu kończyn dolnych. Wykazywała wyraźne objawy ograniczenia umysłu, nie umiała np. podać w którym roku się urodziła, ile ma lat itd., wobec czego zebrane od niej wywiady są bardzo niepewne. To, czegośmy się zdołali od chorej drogą mozolnych wypytywań dowiedzieć, wydawało się świadczyć o tym, że cierpienie trwa od dłuższego czasu, conajmniej od roku. Początkowo odczuwała drętwienie prawej nogi, coraz bardziej nasilające się, potem drętwienie wystąpiło i w nodze lewej. Przed kilku miesiącami potknęła się niosąc wrzącą wodę i wylała ją na stopy, nie odczuwając przy tym bólu; dopiero wieczorem po zdjęciu butów ze zdziwieniem spostrzegła obecność pęcherzy na stopach. Od kilku miesięcy zauważyła osłabienie kończyn dolnych i trudności przy chodzeniu. Nie podawała natomiast żadnych zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy.

Chora wzrostu niskiego, wątłej budowy, dość dobrze odżywiona. Skóra blada; błony śluzowe blado - rożowe. Czaszka symetryczna, nie bolesna przy opukiwaniu. Węch prawidłowy. Źrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i przystosowanie się. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Szyja krótka, tarczyca nie powiększona. Narządy klatki piersiowej nie wykazują większych odchyleń od normy. Bolesność opukowa dolnych kręgów piersiowych D 10. — D 12.

Kończyny górne zmian nie wykazują.

Kończyny dolne: w pozycji leżącej unosi lewą nogę ku górze znacznie niżej od prawej. Siła prawej nogi mniejsza od lewej. Napięcie mięśniowe obydwu kończyn dolnych wzmożone, po prawej stronie mniej nieco niż po lewej. Odruchy kolanowe wzmożone, prawy słabszy od lewego. Odruchy Achillesowe równe, żywe. Odruch Babińskiego dodatni po obydwu stronach, wyraźniejszy jednak po stronie lewej. Odruch Marie-Foix po stronie prawej. Odruchy brzuszne średnio żywe, lewy dolny nieco słabszy. Obustronna ataksja, znacznie większa po stronie prawej. Chód niepewny, wyrzuca prawą nogę w sposób tabetyczny, lewą przysuwa. Obniżenie wszystkich rodzajów czucia powierzchniowego po obydwu stronach, znaczniejsze po stronie prawej, do poziomu D 10. — D 12. Czucie najbardziej obniżone w obwodowych odcinkach obydwu kończyn, tj. na stopach i podudziu. Na górnej granicy czucia wyraźnie zaznaczony wąski pasek nadmiernej wrażliwości na ból i przeczulicy na ciepło. Upośledzenie czucia położenia palców, większe po stronie prawej.

Badania dodatkowe: Mocz nie zawierał żadnych składników patologicznych. Przy nakłuciu lędźwiowym wydobywał się płyn czysty pod ciśnieniem 10/8 mm Hg. Próba Quenquenstaedta wykazała wolne opadanie płynu mózgordzeniowego. Płyn zawierał 0,8% białka; pleocytoza: 8/3 c. białych i 46/3 c. czerwonych. Odczyny Pandy i Weichbrodta wypadły niepewnie. Płyn mózgordzeniowy otrzymany przy nakłuciu podpotylicznym zawierał 0,4% białka i 4/3 c. białych. Odczyny Pandy i Weichbrodta dały wynik wątpliwy.

Zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa lędźwiowego świadczyło o istnieniu zniekształcającego zapalenia stawów międzykręgowych. Lipiodol wstrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się na poziomie D 9. — D 10.; po 2 godzinach znajdował się jeszcze na tym samym miejscu; po 24 godzinach w miejscu zatrzymania się lipiodolu stwierdzono obecność dwu małych jego kropli.

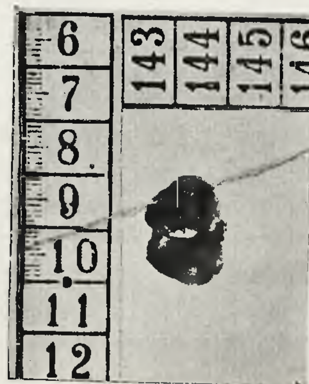
Wywiady (drętwienie, znieczulenie najpierw prawej, następnie lewej nogi, oraz osłabienie władzy w obydwu nogach) i badanie przedmiotowe, a mianowicie: obniżenie wszystkich rodzajów czucia powierzchniowego od D 12. w dół, najsilniej zaznaczone w obwodowych odcinkach kończyn i silniej po stronie prawej niż lewej, obecność wąskiego pasa przeczulicy na górnej granicy obszaru obniżenia czucia, dalej upośledzenie czucia głębokiego z ataksją, większą po stronie prawej, obustronny niedowład kurczowy, znaczniejszy po stronie prawej, mimo iż napięcie mięśniowe było wyraźniej zaznaczone po lewej stronie — świadczyły o ucisku rdzenia. Wynik badania płynu mózgordzeniowego świadczył o zespole Froina

(prawidłowa pleocytoza przy wysokiej zawartości białka), charakterystycznym dla ucisku rdzenia i zastoju płynu w kanale kręgowym. Za tym też przemawiała różnica między zawartością białka w płynie mózgordzeniowym zebranym przy nakłuciu podpotylicznym i lędźwiowym. Wreszcie wynik myelografii oraz charakter zaburzeń czucia świadczyły o tym, że ucisk znacznego stopnia dotyczył odcinka rdzenia D 11. — D 12.

Chorą operowano w ułożeniu na brzuchu w uśpieniu sennarkolowym. Otwarto kanał kręgowy na przestrzeni od D 9. do D 12. włącznie, oddzielając od kości na ostro mięśnie szerokim dłutem i usuwając wyrostki ościste, a następnie łuki kręgów. Odsłonięta opona twarda nie wykazywała żadnych zmian widocznych gołym okiem. Po nacięciu opony na przestrzeni około 6 cm. wyciekał czysty płyn mózgordzeniowy. Na tylnej powierzchni rdzenia, więcej po stronie prawej, stwierdzono obecność ciemno zabarwionego tworu, nie wysterczającego wyraźnie ponad poziom otoczenia. Twór ten, odpychając nieco rdzeń ku przodowi, jakgdyby zlewał się z nim, tworząc wrzecionowate rozdęcie rdzenia. Guzek wielkości żołędzia bez trudności udało się oddzielić w całości na tępo przy pomocy gazików od opon miękkich, do których przylegał ściśle na znacznej przestrzeni, nie pozostawał natomiast w żadnym związku z oponą twardą. Oddzielono najpierw górny biegun guza, potem jego boki, wreszcie dolny biegun. Nigdzie nie stwierdzono obecności wyraźnej szypuły guza. Bardzo nieznaczne krwawienie miąższowe z łatwością opanowano przy pomocy ciepłego fizjologicznego rozczynu soli. Na rdzeniu w miejscu guzka brak było wklęśnięcia; stwierdzono natomiast szereg płaskich plam barwy mlecznej, wielkości łebka od szpilki. Po szczelnym zeszyciu otworu w oponie twardej, zeszyto następnie warstwowo mięśnie i skórę.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. Już w kilka godzin po zabiegu stwierdzono, że chora odzyskała czucie w prawej nodze; lewa nadal była lekko znieczulona. Odruch Babińskiego po stronie lewej wypadł dodatnio, po prawej był zaledwo zaznaczony. Badanie przeprowadzone po upływie dni 10 dało następujący wynik: Lewą nogę podnosi nieco niżej od prawej. Siła i napięcie mięśniowe prawej nogi nieco mniejsze od lewej. Odruchy kolanowe żywe, lewy nieco żywszy od prawego. Odruchy Achillesowe równe, żywe. Osłabienie czucia bólu od D 10. — D 12. po stronie lewej. Osłabienie wszystkich rodzajów czucia powierzchniowego na obydwu podudziach i stopach. Lekkie obniżenie czucia położenia palców prawej nogi. Badanie przeprowadzone po 6 tygodniach wykazało, że chora podnosi lewą nogę nieco tylko niżej od prawej; poza tym ruchy obydwu kończyn dolnych były równe i sprawne. Siła kończyn równa po obydwu stronach. Napięcie mięśniowe po stronie lewej nieznacznie tylko większe, niż po prawej. Odruchy kolanowe wzmożone, lewy nieco żywszy od prawego. Odruchy Achillesowe równe, żywe. Odruch Babińskiego dodatni po stronie lewej. Ślad obustronnej ataksji, po prawej wyraźniej zaznaczony. Odruchy brzuszne górne i środkowe średnio żywe, równe, dolnych nie udało się wywołać. Lekkie obniżenie czucia powierzchniowego na obydwu stopach do poziomu kostek, być może większe nieco na stopie prawej. Ślad upośledzenia czucia położenia palców prawej stopy. Przy chodzeniu ślad wyrzucania prawą nogą.

Usunięty guzek (rys.) miał kształt jajowaty,



posiadał powierzchnię gładką, spoistość jednolicie twardą; na przekroju miał barwę szaro-żółtą, okazał się dość kruchy; powierzchnia przekroju zdradzała jego zrazikowatą budowę i wykazywała obecność ziarenek, wyraźnie wysterczających ponad poziom płaszczyzny przekroju. Badanie histologiczne guza wykazało utkanie śródbłoniako-piaszczaka. Guz posiadał torebkę łącznotkankową, zawierającą liczne cienkościenne, rozszerzone naczynia krwionośne. Sam guz składał się ze stosunkowo skąpego podścieliska łącznotkankowego, słabo unaczynionego, którego poszczególne oczka otaczały skupienia płaskich komórek śródbłonkowych, pośród nich zaś mieściły się zwapniałe masy szkliste.

Przypadek nasz nie należy bynajmniej do niezwykłych. Podoponowe guzy pozardzeniowe o budowie śródbłoniako - piaszczaka spotykano dość często. Częstym jest też miejsce usadowienia guza: choć

powstawać on może w każdym miejscu, na każdej wysokości rdzenia, to jednak najczęściej bodaj występuje w obrębie rdzenia piersiowego. Według materiału *Craiga* w połowie przypadków chodzi o podoponowe guzy pozardzeniowe; zarówno guzy pozaoponowe, jak i śródrdzeniowe spotykał *Craig* równie często, stanowiły więc one 25% wszystkich przypadków. Z pośród guzów wychodzących z wewnętrznej powierzchni opony twardej, bądź też z opon miękkich przeważnie tylko guzy usadowione w kanale krzyżowym na poziomie ogona końskiego osiągają znaczniejsze rozmiary. Wcześnie występujące, mimo powolnego wzrostu guza, objawy ucisku rdzenia sprawiają, że chorzy ci rychło dostają się na stół operacyjny, względnie giną w krótkim czasie. To też znajdowane guzy wyjątkowo tylko przekraczały wielkość orzecha laskowego, pestki od daktyla lub oliwki. Naturalnie guzy twarde i szybko rosnące wcześniej wywołują wystąpienie objawów uciskowych od miękkich guzów dobrotliwych. Mówi się wprawdzie, że guzy wychodzące z opony twardej zwykle są twarde, wychodzące natomiast z opon miękkich — miękkie i ziarniste. I w jednych i w drugich jednak niemal równie często odkładać się mogą po pewnym czasie sole wapniowe.

Mimo niewielkich stosunkowo swych rozmiarów guz pozardzeniowy, uciskając rdzeń, wywołuje niejednokrotnie jego przewężenie, przesznurowanie nawet tak znaczne, iż obwód rdzenia nie przekracza w tym miejscu ¼ jego objętości normalnej. Pociąga to za sobą powstawanie w rdzeniu w sąsiedztwie guza szeregu zmian anatomicznych, już to nieznacznych i obejmujących niewielką przestrzeń, już to bardziej rozległych i dalej posuniętych, zmian o charakterze zapalnym, zwyrodnienia lub rozmięknienia rdzenia. Zasadniczym czynnikiem patogenetycznym, tłumaczącym wczesne objawy występujące przy ucisku wywieranym na rdzeń przez guz pozardzeniowy są przede wszystkim zaburzenia krążenia krwi, chłonki i płynu mózgordzeniowego. Badania mikroskopowe rdzenia wykazały w tych przypadkach istnienie obrzęku, drobnych ognisk martwiczych, ograniczonych do odcinków odżywianych przez poszczególne naczyńka opony miękkiej lub naczyńka korzonkowe, obecność odczynów glejowych pod postacią ogniskowego bujania gleju, wreszcie procesów zwyrodnienia, dotyczących komórek i włókien nerwowych. W późniejszych okresach rozwoju każdego guza pozardzeniowego objawy ucisku rdzenia nasilają się coraz bardziej. Do ucisku wywieranego na rdzeń przez sam guz dołącza się drugi czynnik mechaniczny — przyciskanie rdzenia do niepodatnej ściany kanału kręgowego, dający objawy przeciwucisku. Niekiedy środkowe części rdzenia, bądź też partie przeciwległe, silniej bywają uszkodzone, niż części uciskane bezpośrednio przez guz. *Fleck* słusznie podnosi, że rdzeń nie stanowi układu sztywnego szlaków nerwowych, lecz jest narządem oddziaływującym jednolicie na każdy silniejszy ucisk; ucisk więc wywierany na obwodowe partie rdzenia nie może pozostać bez wpływu na partie centralne, względnie położone po stronie przeciwnej. Niekiedy nawet wskutek przeciwucisku większe zmiany występują po stronie przeciwnej, niż po stronie bezpośrednio podlegającej uciskowi. Tego rodzaju przypadki opisali *Auerbach, Brodnitz, Giese* i in. Przeciwuciskiem możnaby w naszym przypadku tłumaczyć fakt, że silniej zostały uszkodzone pewne włókna pęczków piramidowych po stronie lewej, niż po prawej, bezpośrednio uciskanej przez guz (wyraźniejszy odruch Babińskiego po lewej stronie i upośledzone podnoszenie lewej nogi, mimo iż na ogół silniej była porażona noga prawa).

W naszym przypadku mieliśmy, poza objawami ogólnego ucisku rdzenia, wyraźnie zaznaczony zespół objawów ze strony sznurów tylnych strony prawej, spowodowany przez ucisk guza od tyłu na prawą połowę rdzenia. Do zespołu tego należą: obniżenie czucia powierzchniowego, głównie dotyku, z ataksją oraz obniżeniem napięcia mięśniowego danej kończyny. Taki ściśle ograniczony ucisk na sznury tylne, po jednej stronie zwłaszcza, warunkując powstanie omawianego zespołu, tym sobie tłumaczymy, że śródbłoniak, z którym mieliśmy do czynienia, wychodzący, jak się to najczęściej zdarza, z opony pajączynówkowej, rosnąc pod oponą twardą, uciskał bezpośrednio rdzeń, nie zaś za pośrednictwem niepodatnej grubej opony twardej, jak to bywa w przypadkach guzów pozaoponowych. Ze względu na to, że guzy te często wychodzą z exothelium pajęczynówki, *Hortega* nazywa je „meningoexothelioma", a *Schmidt* — „arachnothelioma".

Sprawa zaburzeń czucia w naszym przypadku zasługuje na szczególne omówienie. Przy sprawach uciskowych rdzenia największe obniżenie czucia zazwyczaj spotykamy w obwodowych odcinkach kończyn. Dla wytłumaczenia tego zjawiska *Foerster* umiejscawia w swym schemacie drogi czuciowe idące od dołu — w partiach najbardziej obwodowych pęczków czuciowych, od wyższych zaś odcinków — w przyśrodkowych partiach pęczków. *Foerster* i *Kroll* w szczególny sposób tłumaczą zachowanie czucia w tych przypadkach w najniższych odcinkach rdzenia—w okolicy krocza i odbytnicy. Przyjmują oni, że te szczególnie ważne dla życia okolice są zaopatrywane przez włókna czuciowe, biegnące w szarej substancji rdzenia. Nie kusząc się bynajmniej o rozwiązanie tego ciekawego zagadnienia, musimy zaznaczyć, iż, być może, należałoby tu myśleć również o czynnikach natury odżywczej. Spotykane przy porażeniu nerwów obwodowych, zaznaczone najsilniej na obwodzie zaburzenia w zakresie zarówno nerwów ruchowych, jak i czuciowych, *Bing* tłumaczy znaczną odległością obwodowych odcinków kończyn od ośrodków odżywczych nerwów. *Curschmann* sprowadza je do zaburzeń naczynioruchowych: występujące w tych przypadkach na obwodzie zaburzenia krążenia wtórnie wywołują zaburzenia odżywcze obwodowych odcinków nerwów. Wobec częstości występowania przy zespołach uciskowych rdzenia najgłębszych zaburzeń czucia w obwodowych odcinkach kończyn — niepodobna wyłączyć, czy czynnik odżywczy nie odgrywa pewnej roli w mechanizmie powstawania tych zaburzeń. Mogłoby się to wydać tym bardziej prawdopodobne, że w przypadkach tych dość często spotykamy się z silniej bądź słabiej zaznaczonymi zaburzeniami krążenia obwodowych odcinków kończyn. Należałoby tylko zrobić pewne zastrzeżenie, a mianowicie podkreślić fakt, oparty na obserwacji klinicznej, a więc potwierdzony empirycznie, że włókna ruchowe rdzenia inaczej oddziaływują na zmiany uciskowe od włókien czuciowych, w szczególności jeśli chodzi o upośledzenie czynności w obwodowych odcinkach kończyn.

Rozpoznanie kliniczne przed zabiegiem, czy mamy do czynienia z guzem dobrotliwym, czy też złośliwym, jest zwykle niemożliwe. W przypadkach guzów rdzenia szczególnie nawet podkreślany jest brak związku między symptomatologią kliniczną, a rodzajem guza. Wyjątkowo tylko bardzo szybkie narastanie objawów rdzeniowych może nasuwać podejrzenie, że chodzi o nowotwór złośliwy. Wiek chorego nie odgrywa pod tym względem żadnej roli. *Razdolski* na podstawie wielkiego własnego materiału stwierdza, że większość guzów złośliwych występuje między 30. a 40.

rokiem życia, u chorych zaś w wieku między 50. a 60. rokiem przeważnie spotykał guzy dobrotliwe. To też zabieg operacyjny uważa za bezwzględnie wskazany również u ludzi w wieku podeszłym.

W wyjątkowych tylko przypadkach wychodzący z opon nowotwór złośliwy wrasta do otworów międzykręgowych lub przerasta trzony kręgów. Olbrzymia większość guzów pozardzeniowych, nie wyłączając wychodzących z opon mięsaków, klinicznie posiada charakter względnie dobrotliwy. W przypadkach bowiem, w których udało się usunąć guz w całości, nie spostrzegano nawrotów sprawy. Odnosi się to również do śródbłoniaków opon, które przeważnie przedstawiają guzy ściśle odgraniczone, łatwo dające się usunąć, nie dają nawrotów ani przerzutów, pozwalają więc na dobre rokowanie.

Historia chirurgii guzów rdzenia liczy już dziś lat 50, pierwszy bowiem tego rodzaju zabieg operacyjny na rdzeniu przeprowadził *Horsley* w roku 1887. Do końca wszakże ubiegłego stulecia ilość wykonanych zabiegów przedstawiała się bardzo skromnie. Encyklopedia *Eulenberga* z roku 1899 mówi zaledwie o 14 operowanych chorych, z których 9 zmarło wkrótce po zabiegu i zaledwie u czterech spostrzegano znaczną poprawę. Mimo wszakże tak mało zachęcających tych pierwszych wyników leczniczych już wówczas rozumiano, że leczenie schorzenia może być tylko chirurgiczne. Mówią o tym najstarsze podręczniki chirurgii i neurologii. Dziś wiemy ponadto, że konieczny jest jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, pod tym bowiem tylko warunkiem możemy spodziewać się trwałego wyleczenia i zupełnego ustąpienia zaburzeń czynnościowych. Jeśli bowiem powstrzymać rozwój guza może tylko zabieg chirurgiczny, to naprawić sprowadzone przez guz szkody może tylko zabieg wczesny, wykonany w czasie, kiedy zmiany powstałe w rdzeniu nie są zbyt daleko posunięte, są więc jeszcze odwracalne.

Jeśli, jak ogólnie przyjęto, pod pojęciem guza rdzenia będziemy rozumieć każdy nowotwór znajdujący się w kanale kręgowym, wychodzący zarówno z rdzenia, jak i z opon, względnie korzonków nerwowych, to ilość operowanych przypadków jest już dziś olbrzymia. W roku 1932 na IX Międzynarodowym Zjeździe Chirurgów w Madrycie mówiono o guzach rdzenia, opierając się na zestawieniach, obejmujących łącznie przeszło dwa tysiące operowanych przypadków.

Jirasek do zebranych z piśmiennictwa 2143 przypadków dołączył 59 własnych. Taką samą ilością wykonanych zabiegów mogli się pochwalić *Desgouttes* i *Ricard. Petit-Dutaillis* operował 54 chorych, *Robineau* — 64, *Dominici* — 63, amerykanin *Elsberg* — 208. *Stockey* usunął guz rdzenia u 137 chorych, *Sachs* i *Glaeser* — u 140, *Eiselsberg* — u 98, *Ranzi* — u 68, *Dandy* — u 36, *Delagenière* — u 34. Polska statystyka z oddziałów *Bregmana* i *Flataua*, przedstawiona przez *Goldsteina*, obejmowała wówczas 41 przypadków. W roku zaś 1936 pisał już *Graber* o 60 zabiegach przeprowadzonych z powodu nowotworów rdzenia kręgowego w Warszawskim Szpitalu na Czystym. Dziś szereg autorów rozporządza już znacznie większymi statystykami. Amerykanin *Craig* w roku 1935 ogłosił 471 przypadków, *Razdolski* z Moskwy w tym samym roku — 115 przypadków.

Udoskonalenie, w ciągu ostatnich 20 lat zwłaszcza, diagnostyki neurologicznej i techniki chirurgicznej sprawiło, że wspólne wysiłki uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem i ten rozdział medycyny praktycznej zmienił się nie do poznania. Badanie neurologiczne, nakłucie lędźwiowe, radiografia i badanie lipiodolowe pozwala-

ją w większości przypadków na wczesne i ścisłe rozpoznanie guzów rdzenia. A przecież do dziś jeszcze główne trudności leżą w diagnostyce. *Rossolimo* niedawno nie bez słuszności twierdził, że ustalenie rozpoznania guzów mózgu i rdzenia stanowi jedno z najtrudniejszych zadań, jakie wysunęła klinika. Stąd wymagana jest współpraca neurologa z chirurgiem. Ale i najściślejsza nawet współpraca nie chroni niestety zupełnie pewnie przed błędami, które w materiale *Sachsa* dotyczyły 25% przypadków, w materiale zaś *Schönbauera* — aż 33%. Zdaniem *Grabera* błędy rozpoznawcze w materiale warszawskim popełniono w 22% przypadków.

Rozpoznanie więc guza rdzenia nie zawsze jest ścisłe. Szczególna bowiem właściwość diagnostyki guzów rdzenia polega na tym, że rozpoznanie opiera się na danych pośrednich. Ucisk, jaki wywiera guz rosnący w kanale kręgowym, wywołuje zmiany w korzonkach nerwowych, szarej substancji rdzenia, płynie mózgordzeniowym, względnie w ścianach kanału kostnego. Wszystkie jednak uzyskane przy badaniu dane, świadczące o uszkodzeniu rdzenia, nie określają ściśle charakteru jego uszkodzenia. Z tego też względu niektórzy mówią o próbnej laminektomii, jak np. o próbnej laparotomii. Inni twierdzą, że zabieg operacyjny w tych przypadkach jest zawsze wywiadowczy. Jest w tym niewątpliwie wielka przesada. Ścisłe rozpoznanie udaje się ustalić w olbrzymiej większości przypadków. *Leriche* większe nawet pod tym względem znaczenie przypisuje badaniu neurologicznemu od lipiodografii i laminektomii wywiadowczej. Inni przypisują największe znaczenie rozpoznawcze myelografii i twierdzą, że pozwala ona przeważnie uniknąć laminektomii próbnej. Tę ostatnią należałoby pozostawić wyłącznie dla przypadków, w których najdokładniejsze badanie kliniczne z uwzględnieniem wszystkich badań pomocniczych i obserwacja chorego nie rozstrzygnęły wszystkich wątpliwości co do natury schorzenia.

Z chwilą ustalenia rozpoznania zabieg wykonać należy jak najwcześniej, ponieważ guzy pozostawione własnemu losowi sprowadzają ciężkie kalectwo i niechybnie prowadzą do zejścia śmiertelnego po pewnym czasie, a żadne inne leczenie, w szczególności leczenie rentgenowskie, przed laminektomią nie powinno w ogóle wchodzić w rachubę. Zasada ta niestety nie jest wszędzie przestrzegana: znamy neurologów, nie mających zaufania do noża i skierowujących te przypadki do naświetlań, i rentgenologów którzy je naświetlają, nie wiedząc nic o naturze guza, mimo iż w innych przypadkach trzymają się oni słusznej zasady, że dla skutecznego naświetlania guza konieczna jest znajomość jego budowy anatomicznej, to też żądają przed naświetlaniem pobrania do badania próbnego wycinka.

Zabieg ma na celu usunięcie guza, bądź też uwolnienie rdzenia od ucisku. Jeśli guz nie może być przy zabiegu usunięty, należy przeprowadzić pooperacyjne naświetlanie rentgenowskie. Połączenie obydwu tych metod daje znaczną ilość wyleczeń i polepszeń. Radioterapia guzów złośliwych, po uprzednim operacyjnym odsłonięciu rdzenia przez zdjęcie wyrostów ościstych i łuków kręgów oraz w przypadkach nawrotu guza, daje wyniki zachęcające. Leczenie rentgenowskie nie powinno jednak konkurować z leczeniem operacyjnym, lecz uzupełniać je. Sami rentgenolodzy, stwierdzając, że rokowanie przypadków guzów rdzenia wyłącznie naświetlanych nie zawsze jest tak pewne, jak przypadków operowanych, uważają, że za wcześnie jest dziś jeszcze na wyciąganie wniosków o wartości rentgenoterapii. Uzyskane zaś dotychczas wyłącznie przy pomocy na-

świetlań wyniki znacznie ustępują wynikom leczenia chirurgicznego. *Marburg* i *Sgalitzer* obliczają ilość uzyskanych pod wpływem rentgenoterapii wyleczeń na 22,5%, poprawę spostrzegano w 29% przypadków, zaś w 48% przypadków naświetlania okazały się zupełnie bezskuteczne. Jasne jest, że w naszym np. przypadku śródbłoniako-piaszczaka leczenie to nie mogłoby sprowadzić chwilowej nawet poprawy. Na zjeździe w Madrycie podnosił *Jirasek,* że naświetlania rentgenowskie nigdy nie powinny być przeprowadzane przed zabiegiem również z tego względu, że mogą one zwiększyć objawy uciskowe rdzenia. Można więc stosować je wyłącznie po uprzedniej laminektomii przy guzach nie nadających się do wyłuszczenia, guzach śródrdzeniowych i w przypadkach usuniętych doszczętnie guzów złośliwych dla zapobieżenia nawrotom.

Zabieg operacyjny daje najlepsze wyniki w przypadkach operowanych wcześnie — od wczesności zabiegu zależne też są w pierwszym rzędzie wszystkie wyniki czynnościowe. Niebezpieczeństwo zabiegu dzięki dzisiejszej aseptyce i udoskonaleniu techniki chirurgicznej zostało zmniejszone do minimum. Chirurgia rdzenia, jak słusznie podnosi *Leriche,* stała się już dziś bardzo prosta. Jeśli chodzi o stronę techniczną, to mamy do wyboru laminektomię dwustronną i jednostronną, bez wycinania wyrostków kolczastych, pozwalającą uniknąć powikłań związanych z operacją przeprowadzoną w części szyjnej rdzenia. Przy tej ostatniej mięśnie oddziela się po jednej tylko stronie, a wyrostki ościste przecina u podstawy, co pozwala na odsunięcie całego płatu kostno - mięśniowego dla otrzymania po zabiegu dobrego wzmocnienia kostnego. Różne w poszczególnych przypadkach umiejscowienie i właściwości anatomiczne guza wymagają stosowania różnej techniki. Poza okolicą szyjną, gdzie zachować należy linię wyrostków kolczystych, bądź też wykonać zabieg plastyczny, dla odsłonięcia pozostałych odcinków rdzenia większość chirurgów uważa za bardziej celową obustronną laminektomię, jako dającą znacznie lepszy dostęp do guza. Laminektomia musi obejmować conajmniej kilka łuków. Wielu zwolenników, dopatrujących się szczególnych korzyści w znieczuleniu miejscowym i siedzącej pozycji chorego, ma sposób operowania *Martela. Elsberg* w przypadkach guzów śródrdzeniowych proponuje zabieg dwuczasowy. Więcej jednak zwolenników liczy zabieg doszczętny, wykonany na jednym posiedzeniu.

Śmiertelność pooperacyjna wczesna i późna waha się w zestawieniu *Elsberga* od 1,7% w przypadkach guzów zewnątrzoponowych — do 6,9% przy wszystkich guzach pozardzeniowych. *Petit - Dutaillis* miał 9,2% ogólnej śmiertelności pooperacyjnej, wliczając przypadki guzów śródrdzeniowych i guzów szyjnej części rdzenia, przy których śmiertelność wynosiła około 50%. *Dominici* obliczył śmiertelność wszystkich operowanych przez się przypadków na 12%. Największa śmiertelność towarzyszy zabiegom przeprowadzanym przy wysoko ułożonych guzach szyjnej części rdzenia; również w przypadkach guzów ogona końskiego śmiertelność operacyjna bywa większa, niż przy guzach wyższych odcinków rdzenia. Usadowienie guza na przedniej powierzchni rdzenia nie wpływa w znaczniejszym stopniu niekorzystnie na rokowanie.

Wyleczenie lub znaczną poprawę uzyskali: *Robineau* w 50% przypadków, *Elsberg* — w 63%, *Dominici* — w 78%. Rokowanie zależne jest przede wszystkim od budowy anatomicznej guza pozaoponowego i możliwości usunięcia guza śródrdzeniowego. Wpływa zresztą na nie w sposób mniej lub więcej znaczny również szereg

innych czynników: wiek i stan ogólny chorego (śmiertelność jest dwukrotnie większa u chorych po 50. roku życia, niż u ludzi młodych), dalej czas trwania ucisku rdzenia, stopień porażenia, towarzyszące częstokroć schorzeniu zakażenie dróg moczowych, rodzaj i umiejscowienie guza, wreszcie warunki miejscowe na jakie napotykamy przy zabiegu, np. konieczność podwiązania naczyń ważnych dla odżywiania. Wyniki odległe i ostateczne zależne są od stanu rdzenia, którego nigdy niemal przed zabiegiem przewidzieć niepodobną, dalej od miejsca usadowienia i rodzaju guza. Najlepsze wyniki uzyskano w przypadkach guzów pozaoponowych, gorsze nieco w przypadkach guzów pozardzeniowych, leżących pod oponą twardą, najgorsze — w przypadkach guzów śródrdzeniowych. Z guzów pozardzeniowych około 90% nadaje się do usunięcia; z guzów śródrdzeniowych zaledwie kilkanaście %. Naogół poprawa czynnościowa po zabiegu jest zadziwiająca. Naturalnie wyniki tym są lepsze, im mniejsze zmiany zaszły w rdzeniu, im wcześniej więc zabieg został wykonany. Ale nawet w razie znacznego wgniecenia czy spłaszczenia rdzenia wskutek długotrwałego ucisku może nastąpić całkowite wyleczenie, po pewnym czasie znikają bowiem wszelkie objawy przedmiotowe i podmiotowe. Dlatego też nawet w przypadkach wątpliwych, w których przeprowadzone leczenie przeciwkiłowe nie dało spodziewanego wyniku, nie należy cofać się przed próbnym odsłonięciem rdzenia; wykazać bowiem ono może istnienie guza, który będzie można jeszcze usunąć. Nie należy jednak w tych przypadkach wyczekiwać zbyt długo, aż nastąpią w rdzeniu zmiany nieodwracalne, nie mogące już ulec poprawie.

Przy przeglądaniu odbitek prac *de Martela* wpadła nam w ręce jedna z nich, której długi tytuł brzmi dosłownie: „Na dwa tysiące przypadków guzów mózgu, które powinny być rokrocznie operowane we Francji, operujemy tylko 500 do 600. Przeszło więc tysiąc przypadków tych guzów nie bywa rozpoznawanych". *Martel* nie ma wątpliwości, iż gdyby te przypadki były rozpoznane, dostałyby się we właściwe ręce, tj. do rąk chirurga. Niewątpliwie u nas sprawa leczenia operacyjnego guzów centralnego systemu nerwowego — z powodu której znany neurochirurg francuski alarmuje ogół, rozsyłając wszystkim lekarzom francuskim odbitki swego krótkiego, bo dwustronicowego zaledwie artykułu, tak popularnego, że dostępnego niemal dla laików, — i to nie tylko sprawa guzów mózgu, lecz i rdzenia, przedstawia się procentowo nieporównanie gorzej niż na zachodzie, prawdopodobnie nawet bardzo smutnie. Kiedy na jednym z posiedzeń chirurgów sowieckich padło podobne oskarżenie, w rozprawach któryś z mówców podniósł na pocieszenie, że i w Polsce sprawa ta nie przedstawia się bynajmniej lepiej i że chorzy z Warszawy jeżdżą na operację do *Martela*. Jeden natomiast z chirurgów francuskich słusznie zauważył, że wprowadzenie myelografii udostępniło chirurgię guzów rdzenia nawet dla szpitali prowincjonalnych. U nas w miastach uniwersyteckich operuje się dziś jeszcze znikomy tylko odsetek przypadków guzów centralnego systemu nerwowego. Jedną z najważniejszych przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak odpowiedniej propagandy wśród lekarzy, która we Francji dziś jeszcze uważana jest za konieczną. To też przy sposobności omawiania naszego przypadku celowo dłużej zatrzymaliśmy się nad chirurgią guzów rdzenia, o której u nas stanowczo mówi się, i to niemal wyłącznie tylko w kołach chirurgicznych i neurologicznych, i pisze zbyt mało na to, aby ogół lekarzy należycie zainteresował się tą sprawą.

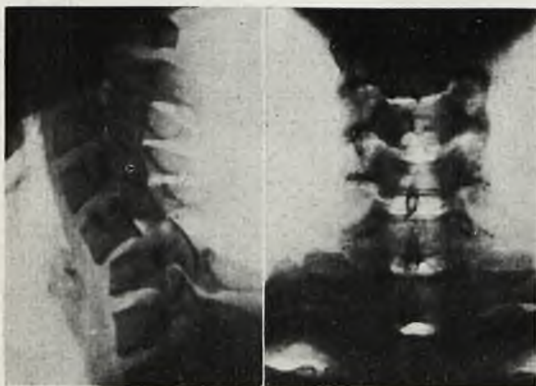
Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Dr T. Sokołowski.*

Z kazuistyki zwichnięć kręgosłupa szyjnego.

podał
Dr Tadeusz Wagner.

Z pięciu przypadków zwichnięć kręgosłupa szyjnego, leczonych w ciągu ostatnich 2 lat w Instytucie Chirurgii Urazowej, jeden zasługuje na szczególną uwagę.

Przypadek ten dotyczy chorego K. R. lat 34, który w dniu 13 marca 1938 r. jadąc samochodem uległ wypadkowi i na skutek przekoziołkowania auta uderzył głową o ścianę samochodu. W tym momencie, jak chory podaje, szyja uległa nadmiernemu zgięciu do przodu, przy czym poczuł wyraźne chrupnięcie i stracił na pewien czas przytomność. Po odzyskaniu jej zauważył, że nie może poruszać głową ani zginać szyi bez spowodowania przy najmniejszym ruchu żywej bolesności w karku. Do tego dołączyły się bóle w boku i



Rys. 1 a, b.

przejściowe upośledzenie ruchomości w stawach barkowych. W dniu 6 kwietnia r. b. zgłosił się do Instytutu.

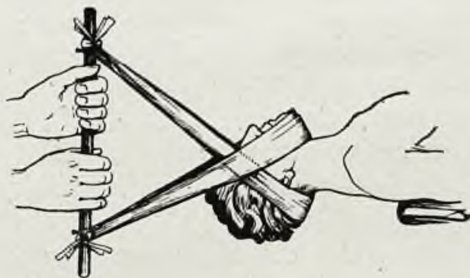
Stan w chwili badania: chory przytomny, mówi dobrze. Chód prawidłowy, bez zataczania się. Głowa cała jakby wysunięta do przodu, trzymana jest nieruchomo. Szyja ustawiona w przymusowym zgięciu do przodu, skrócenia wyraźniejszego nie wykazuje. Pochylenia bocznego głowy nie stwierdza się. Wyrostki ościste C VII i C VI wyraźnie dają się wymacać; powyżej nich jakby zagłębienie, w którym wyrostków wyższych kręgów wyczuć nie można.

Badanie rentgenowskie (rys. 1a i b) wykazuje: zwichnięcie 5. kręgu szyjnego, trzon C VI nieznacznie spłaszczony klinowato, wyrostki stawowe dolne C V nie artykulują zupełnie z wyrostkami odpowiednimi C VI; nieznaczne obłoczki kostninowe w okolicy łuków kręgowych C V i C VI, oderwanie szczytu wyrostka stawowego C VI.

Badanie neurologiczne *(dr Kunicki)* porażeń, niedowładów, zaburzeń czucia tak głębokiego jak i powierzchownego nie wykrywa, stwierdza się tylko dyskretne objawy ze strony dróg piramidowych w formie nieznacznego wzmożenia odruchów ścięgnowych po stronie prawej.

Tego samego dnia przystąpiono do odprowadzenia zwichnięcia *(dr Wagner)*, przy czym zabieg wykonano bez uśpienia.

Po ułożeniu chorego na stole na wznak wysunięto go tak, że brzeg stołu znajdował się na wysokości dolnych kątów łopa-



Rys. 2.

tek. Głowę ujęto w dwie taśmy krzyżujące się, które przytwierdzono do krążka, jak to wskazuje rys. 2; kończyny dolne ustalono przytwierdzając je do stołu i rozpoczęto stopniowy, coraz silniejszy wyciąg z jednoczesną powoli narastającą defleksją. W 10. minucie podparto ręcznie dość silnie dolny odcinek kręgosłupa szyjnego z jednoczesnym odchyleniem głowy do tyłu. Po usłyszeniu niezbyt głośnego, charakterystycznego trzasku, nie przerywając wy-

ciągu wykonano zdjęcie kontrolne (rys. 3). Widać na nim, że wyrostki stawowe górne C VI artykulują już z wyrostkami stawowymi dolnymi C V, zwichnięcie jednak jeszcze nie zostało całkowicie usunięte. Znać to po liniach łączących przednie i tyl-



Rys. 3.

ne krawędzie trzonu, które normalnie powinny przebiegać w postaci krzywych łagodnie wygiętych, bez żadnych uskoków i załamań (tutaj krąg C VI jest jakby cofnięty do tyłu). Wobec tego zwiększono wyciąg i po jeszcze jednym ręcznym dopchnięciu udało się uzyskać całkowite odprowadzenie zwichnięcia. Rtg. (rys. 4a,

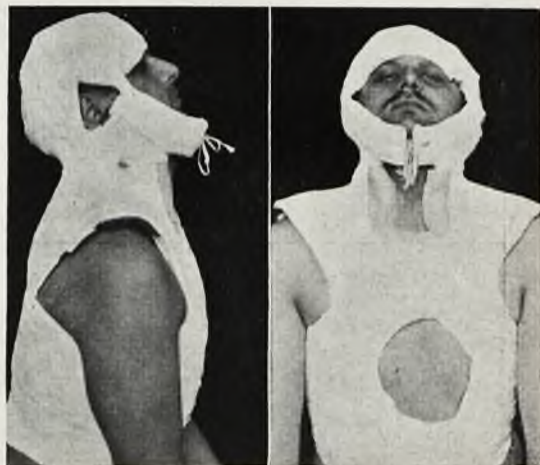


Rys. 4 a, b.

4b) wykazuje równą linię trzonów, odprężenie się przedniej krawędzi C VI oraz prawidłowo artykulujące wyrostki stawowe wszystkich kręgów szyjnych.

Nie zwalniając całkowicie wyciągu i nie zmniejszając defleksji nałożono opatrunek ustalający (rys. 5a, b), zagipsowywując taśmy, które później usunięto. Jak widać z rysunku opatrunek ten różni się od przyjętego ogólnie w takich przypadkach kołnierza Schanza tym, że ujęto dodatkowo głowę w hełm gipsowy i przedłużono gips na klatkę piersiową.

Ta pozornie nadmierna ostrożność w założeniu opatrunku unieruchamiającego była konieczna, a podyktowana tym, że 1) porozrywane więzadła wyrostków stawowych, pozostające bez styku przez blizko

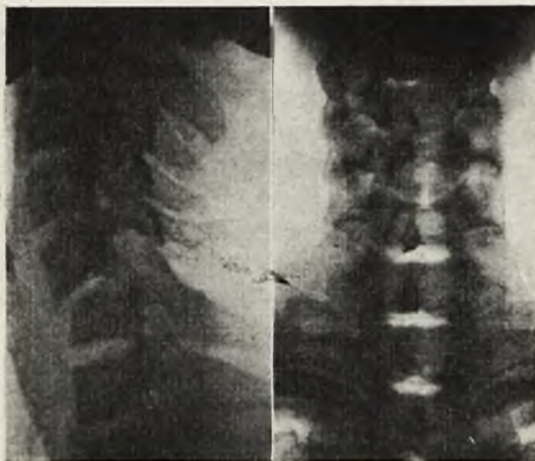


Rys. 5 a, b.

cztery tygodnie, 2) rozciągnięte lub przykurczone więzadła podłużne tylne i przednie oraz 3) złamanie kompresyjne trzonu C VI — wymagały utrzymania znacznej defleksji, ponieważ ona jedynie gwarantowała ustalenie uzyskanego odprowadzenia. Kołnierz Schanza, nie ujmujący głowy (czoła) i mający oparcie jedynie na barkach, nie utrwalałby w naszym pojęciu korekcji kręgosłupa szyjnego, a założony w tak dużej defleksji uciskałby na kość gnykową i krtań, uniemożliwiając łykanie, a bez przecięcia podpórki brodowej — otwieranie ust i żucie. W naszym opatrunku udało się uzyskać odciążenie całego przed-

niego odcinka szyi, dzięki przeniesieniu oparcia również i na czoło. Mimo tego, że po tygodniu zdjęto pokrywę hełmu, pozostało dostatecznie silne zabezpieczenie przed zgięciem szyi do przodu w formie opaski na czoło.

Chory zniósł zabieg dobrze; jedynie tuż przed ostateczną repozycją wystąpiły parestezje w prawej kończynie górnej, które po nastawieniu znikły bez śladu. Dalszy przebieg kliniczny bez powikłań; stan chorego tak dobry, że po pięciu tygodniach pozwolono mu na jego prośbę na opuszczenie szpitala (urlop), powiadamiając go



Rys. 6 a, b.

przy tym o całokształcie planu leczenia i podkreślając, że unieruchomienie musi potrwać przeszło pół roku pod postacią najpierw opatrunku gipsowego, a po trzech miesiącach — aparatu ortopedycznego. Mimo objaśnienia chory samowolnie po niespełna sześciu tygodniach, licząc od dnia repozycji, zdjął gips zgłaszając się dopiero po kilku dniach do Instytutu. Rtg. kontrolny wykazał stosunki następujące (rys. 6a, b): mosty kostninowe między C V i C VI w okolicy trzonów i łuków, ponowne zapadnięcie trzonu C VI, ześlizg trzonu C V do przodu i w dół; wyrostki stawowe dolne C V wywędrowały do góry i do przodu tak, że artykulują z wyrostkami stawowymi C VI tylko na nieznacznej przestrzeni. Obraz więc rtg. wykazuje nadwichnięcie C V w takim stopniu, że przy nieznacznym pochyleniu głowy do przodu może nastąpić całkowita reluksacja.

Jakkolwiek w przedstawionej historii choroby naszego przypadku uderza niezbyt pomyślne zejście końcowe, pozwala on jednak na wyciągnięcie pewnych wniosków praktycznych. Przypadek nasz dotyczył chorego, który zgłosił się do leczenia po 24 dniach. Przyjęto tu postępowanie nie różniące się niczym od postępowania w przypadkach świeżych. Nastawienie nie było o wiele trudniejsze od repozycji wczesnej, tylko sam czas trwania zabiegu uległ przedłużeniu, niezbyt zresztą długiemu — bo wyniósł około 35 minut.

Ten brak szczególniejszych trudności oraz uzyskanie anatomicznych stosunków po upływie tak długiego czasu od urazu pozwala przypuszczać, że z równym powodzeniem udałoby się uzyskać niejednokrotnie repozycję i po czasie dłuższym. Zgadzałoby się to ze zdaniem *Mattie'go*, że do dni 30 nie ma jeszcze zbliznowaceń w aparacie więzadłowym, które by uniemożliwiały repozycję.

Z natury rzeczy zabiegi na kręgosłupie zwichniętym należą do poważnych i próby nastawiania, szczególnie w odcinku górnym, niezależnie od techniki postępowania pociągnąć mogą za sobą mniej lub więcej poważne następstwa. Z uwagi na to lepiej nie przeprowadzać ich w narkozie, gdyż to uniemożliwia bezpośrednią kontrolę stanu chorego. Z tych przesłanek wychodząc nie stosowaliśmy u naszego chorego uśpienia ogólnego, mimo to chory zniósł zabieg równie dobrze, jak nasze przypadki świeże.

O powodzeniu całkowitym w tych przy-

padkach decyduje należyte i długotrwałe unieruchomienie.

W opisanym przypadku przedwczesne zdjęcie unieruchomienia i zniesienie tym samym defleksji spowodowało powtórne zapadnięcie się przedniej krawędzi trzonu C VI pod wpływem ciężaru głowy, oraz zgniecenie miękkich jeszcze mostów kostninowych, a niezrośnięte więzadła stawowe i osłabione długim utrzymywaniem się zwichnięcia więzadła podłużne, nie były w stanie zapobiec wysunięciu się jednoczesnemu wyrostków stawowych, wobec czego wystąpił obraz utrwalony na ostatnim rtg.

Gdyby przypadek ten był wcześniej zreponowany, a nie istniałaby jednoczesna kompresja trzonu C VI, nie doszłoby prawdopodobnie do zmiany korekcji kręgosłupa po 6 tygodniach unieruchomienia, a jeżeliby wystąpiło nadwichnięcie, to nie w tak dużym stopniu.

W konkluzji naszych rozważań nasuwają się dwa następujące wnioski:

1) W każdym przypadku zwichnięcia kręgosłupa szyjnego w okresie do 4 tygodni należy wykonać, a przynajmniej podjąć próbę repozycji, ponieważ można jeszcze uzyskać wynik pomyślny.

2) Dobry wynik końcowy w tych przypadkach uzależniony jest od dokładnego i długotrwałego unieruchomienia, które w przypadkach zwichnięć niepowikłanych złamaniem trzonu powinno trwać przynajmniej 3 miesiące; przypadki powikłane winny być, po nastawieniu zwichnięcia unieruchomiane według wytycznych dla leczenia złamań trzonu.

ZJAZDY

VI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO

w dniach 3—4 kwietnia 1938 r. w Poznaniu.

Drugi dzień obrad.

Drugi temat programowy:

ZŁAMANIA ŚRÓDSTAWOWE.

Doc. Gruca (Lwów):

Część ogólna.

Złamania śródstawowe stanowią wg. *Mathieu'go* 42% ogólnej liczby złamań. Przyjął się ich podział na: a) złamania dostawowe (szpara złamania przebiega do stawu) i b) złamania przystawowe. Z uwagi na budowę końców stawowych — mechanizm złamań tych jest nieco inny, aniżeli pozastawowych odcinków kości.

Uraz działać może w sensie: 1) zgięcia, 2) zgniecenia, 3) skręcenia, 4) rozerwania. Siły te rzadko kiedy działają w postaci czystej, tak że z reguły złamania śródstawowe są wywołane przez mechanizm złożony, najczęściej w postaci zgniecenia + zgięcie + rozerwanie.

Prócz kości ulega uszkodzeniu chrząstka stawowa, torebka stawowa i aparat więzadłowy. Uszkodzenia chrząstki pociągają za sobą przeważnie złamania ze zgięcia i zgniecenia. Pęknięcia jej powierzchowne nie dają objawów klinicznych; pęknięcia głębokie goją się z blizną i prowadzą do powstania zmian zniekształcających. W cięższych postaciach złamań śródstawowych chrząstka może ulec obumarciu.

Rozerwania torebki i oderwania jej przyczepu pociągają za sobą: a) uszkodzenie circulus arteriosus articuli Hunteri, b) zmianę wartości odżywczej mazi śródstawowej, c) uszkodzenie tarcz

chrząstkowych i łąkotek. Oderwania, rozdarcia i stłuczenia torebki połączone są z wylewem krwawym i odklejeniem okostnej, co prowadzi do zaburzeń naczynioruchowych, zaburzeń czucia i skostnień okołostawowych.

Okostna przynasadowych odcinków kości jest bardzo ważnym czynnikiem biologicznym i mechanicznym, warunkującym gojenie się złamań śródstawowych. W złamaniach śródstawowych końce stawowe kości są odżywiane tylko przez okostną, gdyż od strony trzonu połączenia naczyniowe zostają przerwane. Okostna jest jedynym pozytywnym czynnikiem umożliwiającym zrost kości. W przypadkach rozleglejszego zniszczenia okostnej może wcale nie przyjść do wytworzenia się zrostu; okoliczność ta wyjaśnia, dlaczego złamania śródstawowe goją się z reguły wolniej, aniżeli trzonów kości.

Moor badał doświadczalnie jak zachowuje się okostna przy poszczególnych typach złamań. Z doświadczeń swoich wysnuł wniosek praktyczny, że powodzenie w leczeniu złamań śródstawowych zależy w pierwszym rzędzie od uszanowania pasków okostnowych, łączących oderwaną nasadę z trzonem. Złamań tych nie wolno nastawiać siłą, gdyż grozi to rozerwaniem worka okostnowego. Rozdarcia torebki zdala od jej przyczepu są łagodniejsze w następstwach i goją się przeważnie do dni 30-tu. Więzadła przejmują i absorbują część siły działającego urazu. Uszkodzenie więzadła pozbawia nas ważnego czynnika pozwalającego na nastawienie złamania. *Bier i Kaiser* postawili tezę, że maź stawowa rozpuszcza kostninę i upośledza nowotworzenie się kości. Badania *Müllera* przeczą temu i pozwoliły mu na postawienie wprost przeciwnego twierdzenia.

Powikłania, jakie pociągają za sobą złamania śródstawowe dadzą się ująć następująco: 1) uszkodzenie, względnie rozerwanie naczyń; 2) zaburzenia naczynioruchowe pod postacią obrzęków, ostrego zaniku Sudecka, kontraktury ischaemicznej; 3) uszkodzenia nerwów (pierwotne n. radialis, wtórne n. ulnaris); 4) uszkodzenia chrząstek stawowych, które ulegają przerwaniu, zmiażdżeniu lub zniszczeniu; 5) zaburzenia statyki. W złamaniach śródstawowych już milimetrowe odchylenia sprowadzają zaburzenia statyczne przez zmianę mechaniki stawu i niekongruencję pomiędzy nasadami (np. kolano koślawe, szpotawe).

W n i o s k i: Leczenie złamań śródstawowych winno być bardzo precyzyjne, często warunkom tym sprostać nie może leczenie zachowawcze, i dokładne nastawienie złamań śródstawowych może być uzyskane jedynie operacyjnie za pomocą osteosyntezy.

Dr Janik (Łódź):

LECZENIE ZŁAMAŃ ŚRÓDSTAWOWYCH

wymaga innego podejścia i innych warunków, aniżeli złamań trzonowych. Ważną jest należyta organizacja zakładu leczniczego, jako też doświadczenie chirurga, pozwalające mu na szybką decyzję w wyborze postępowania leczniczego.

Ogólnie ujmując, pomyślny rezultat w leczeniu złamań śródstawowych daje się osiągnąć przez spełnienie dwu warunków, którymi są: 1) dokładne nastawienie i 2) wczesne przystąpienie do uruchamiania stawu. Nastawianie złamań śródstawowych winno z reguły odbywać się w znieczuleniu; nastawianie bez znieczulenia jest błędem w sztuce. U osobników starszych wystarcza często znieczulenie miejscowe, u dzieci konieczna jest narkoza ogólna. Najlepsza jest wczesna, o ile możności natychmiastowa repozycja. Wyciąg czasowy ma wartość jedynie dla utrzymania nastawienia; obecnie często łączy się wyciągi z opatrunkiem gipsowym. Najlepsze ustalenie daje gips. W nastawianiu złamań śródstawowych nie ma żadnych reguł. Uwzględniać się musi warunki mechaniczne i biologiczne stawu. Mimo to, że złamania śródstawowe są poważnymi obrażeniami, większość ich może być leczona ambulatoryjnie.

W leczeniu następowym należy przestrzegać, by nie forsować zbyt wcześnie ruchów (zbyt wczesne ruchy upośledzają gojenie się chrząstki) i ograniczać się winno ono do fizyko - mechanoterapii.

Podobnie jak w złamaniach innych odcinków kości, nie ma specjalnie ustalonych wskazań do leczenia operacyjnego. Wybór postępowania zależy od doświadczenia chirurga. Wolne małe odłamy kostne należy wcześnie usuwać operacyjnie. Większe, jak np. główkę kości promieniowej, ramiennej, udowej usuwa się obecnie już rzadziej. Zespolenia (osteosyntezy) wykonywać należy, o ile możności pozostawowo, unikając protez metalowych w okolicy stawu. Dobre wyniki daje zespolenie przezskórne drutem (obawa zniszczenia chrząstki nasadowej jest nieuzasadniona).

Autor przedstawia wyniki lecznenia złamań śródstawowych na podstawie swego materiału omawiając kolejno złamania w okolicy poszczególnych stawów:

Śródstawowe złamania stawu barkowego okazują wielką skłonność do zesztywnień i zmian zniekształcających na chrząstce. Złamania szyi kości ramiennej z równoczesnym zwichnięciem udaje się nastawić wg. *Richtera* tylko w 50% przypadków. Złamania szyi anatomicznej ze zwichnięciem można leczyć zachowawczo, złamania szyi chirurgicznej w wypadku nieusunięcia zwichniętej główki prowadzą do ankylozy stawu. Autor uważa wczesne usuwanie główki w tych wypadkach za najkorzystniejsze (z cięcia przedniego lub pachowego). Późne usuwanie główki daje zawsze złe wyniki.

Złamania śródstawowe stawu łokciowego wymagają bardzo delikatnej techniki nastawiania (myositis ossificans!). Złamania nadkłykciowe kości ramiennej i złamania wyrostka łokciowego leczy autor operacyjnie. Wolne odłamy (eminentia capitata i odpryski kłykci) usuwa wcześnie. Wyciąg drutowy za łokieć, jak to poleca *Sokołowski* uważa autor za dobry w leczeniu złamań nadkłykciowych u osobników starszych. Autor odsłania staw łokciowy z cięcia podłużnego lub Lexera w kształcie U. Pierwotnej plastyki stawu autor nie poleca. Złamania główki kości promieniowej są trudne do nastawienia, wyniki jednak po leczeniu zachowawczym są dobre.

Wnioski: nastawianie operacyjne w złamaniach śródstawowych stosować należy wyjątkowo (przy skręcaniach odłamów), gdyż często sprowadzają one poważne powikłania (myositis), a wyniki po leczeniu zachowawczym są na ogół dobre. Każde złamanie śródstawowe wywołuje poważny oddźwięk i odbija się na sprawności stawu. Złamania centralne sprowadzają powikłania mechaniczne, złamania obwodowe dają dolegliwości nerwowe.

W dyskusji:

Dr Czyżewski (Drohobycz) zwraca uwagę na zalety uśpienia ogólnego dożylnego przy nastawianiu złamań.

Prof. Wojciechowski podkreśla, że złamania śródstawowe winny być leczone zawsze w znieczuleniu miejscowym czy ogólnym, z uwagi na ich żywą bolesność — odcinki przynasadowe kości są bowiem najsilniej unerwione.

Doc. Nowakowski (Poznań):

W SPRAWIE LECZENIA ZŁAMAŃ SRÓDSTAWOWYCH KOLANA.

W okresie 10-cioletnim leczył autor 43 przypadki złamań śródstawowych kolana (w tym 33 złamania rzepki).

Złamania kłykci leczył zachowawczo, używając do nastawienia aparatu ściskającego własnego pomysłu.

Dr Bielas (Kraków):

O LECZENIU ZŁAMAŃ ŚRÓDSTAWOWYCH METODĄ LERICHE'A.

W przypadkach bez większych przemieszczeń stosował autor blokady nowokainowe sposobem Leriche'a, osiągając dobre wyniki. Po ewakuacji płynu ze stawu wykonywał nastrzykiwania około- i śródstawowe 1% nowokainą, co dwa dni przez 10 posiedzeń. Zniesienie bólu przez przerwanie łuku odruchowego zapobiega zmianom wazomotorycznym i pozwala na wczesne uruchamianie.

Dr Czyżewski (Drohobycz):

PRZYCZYNEK DO LECZENIA ZŁAMAŃ PANEWKI STAWU BIODROWEGO.

Autor omawia 2 przyp. leczone wyciągiem w osi kończyny w odwiedzeniu na aparacie wyciągowym własnego pomysłu. Technikę zakładania wyciągu ilustruje filmem.

Dr Ciszkiewicz (Warszawa):

POSTĘPOWANIE W ZŁAMANIACH PANEWKI STAWU BIODROWEGO.

Leczenie złamań panewki stawu biodrowego ma za zadanie: 1) wyciągnięcie główki wgniecionej przez złamane dno panewki do miednicy małej, oraz 2) utrzymanie odprowadzonej główki kości udowej.

W przypadkach lżejszych udaje się spełnić oba warunki za pomocą drutowego wyciągu przez kłykcie kości udowej i odwiedzenie kończyny. W przypadkach cięższych leczenie takie jest nie wystarczające. W Instytucie Chirurgii Urazowej przypadki ciężkie leczy się wyciągiem bezpośrednim za pomocą śruby Sokołowskiego, którą wkręca się w masyw krętarza, a wyciąg uzyskuje się za pomocą nakrętki skrzydłowej opartej na opatrunku gipsowym; wyciąg stosuje się przez 4 — 8 tygodni, dopiero po 3-ch miesiącach rozpoczyna się mechanoterapię.

Autor demonstruje rtgn. 3-ch chorych, podkreślając dobre wyniki uzyskane we wszystkich przypadkach.

Dr Ciszkiewicz (Warszawa):

W SPRAWIE POSTĘPOWANIA W ZWICHNIĘCIACH STAWU BARKOWEGO, POWIKŁANYCH ZŁAMANIEM SZYI KOŚCI RAMIENNEJ.

Na 100 zwichnięć stawu barkowego leczonych w Instytucie Chirurgii Urazowej w ⅓ przypadków stwierdzono współistnienie złamania (guzka, główki, łopatki). Przy złamaniu szyi chirurgicznej kości ramiennej z jednoczesnym zwichnięciem główki, czasem udaje się odprowadzenie i nastawienie (przez wyciąg w odwiedzeniu). W przypadkach, w których nastawienie nie udaje się, należy usunąć główkę kości ramiennej (z cięcia przedniego). Po zabiegu ustala się kończynę na kilka dni w opatrunku Desaulta, po czym zakłada się szynę abdukcyjną na 3 — 4 tygodni.

Na podstawie przedstawionego materiału podkreśla autor, że operacyjne odprowadzenie główki i jej osteosynteza daje z reguły złe wyniki. Najlepsze wyniki czynnościowe daje w takich przypadkach wczesne, pierwotne usunięcie główki.

W dyskusji:

Doc. Zaremba (Kraków) stwierdza, że krwawa repozycja może dać czasami wynik dobry u osobników młodych, u starszych prowadzi z reguły do usztywnienia stawu z powodu zmian zniekształcających.

Dr Sokołowski (Warszawa) uważa za najlepsze leczenie pierwotne usuwanie główki (wtedy, gdy nie udaje się jej odprowadzić bezkrwawo). Ostatnio odstąpił w takich przypadkach od leczenia zachowawczego na rzecz operacyjnego usuwania główki, jako najpewniej prowadzącego do uzyskania dobrego wyniku czynnościowego.

Dr. Kowalski (Lwów):
(przedstawił **dr Sowiński**, Lwów)

ZŁAMANIA KOSTEK.

Autor omawia sposób postępowania leczniczego, przyjętego w oddziale chirurg. Szpit. Ub. Społ. we Lwowie w świetle obserwacji 155 przypadków. Leczenie zasadza się na nastawieniu złamania w znieczuleniu miejscowym. Jako ustalenie stoso wano opatrunek gipsowy na opasce elastycznej, który po 2-ch tygodniach zmienia się na marszowy. Po 3-ch tygodniach uwolnienie przodostopia z gipsu przez podcięcie opatrunku. Ustalenie stosuje się na 6 — 8 tyg.. 5 przyp. leczono operacyjnie, przybijając kostkę przyśrodkową gwoździami kostnymi (klinkami). Kostkę przyśrodkową odsłania się z cięcia od góry i przodu, zewnętrzną z cięcia okalającego od tyłu.

Dr Winter (Poznań):

ZŁAMANIA ŁOPATKI

stanowiły 0,55% ogólnej liczby złamań Kliniki Poznańskiej. 10 omawianych przypadków leczył autor na szynie odwodzącej lub na trójkącie Böhlera.

Dr Korczakowski (Toruń):

OPERACYJNE LECZENIE ZŁAMAŃ.

Leczenie operacyjne złamań, zdaniem autora, winno być metodą z wyboru, a nie ostatnią deską ratunku. Jeśli postępuje się ostrożnie, nie traumatyzując tkanek i nie dyzlokując kości z ich łożyska, a tym samym nie niszcząc okostnej — wyniki osteosyntez są pomyślne. Do utrzymania zaadaptowanych odłamków używa się szwów metalowych. Protezy metalowe działają szkodliwie na nowotworzenie się kości, opóźniając i pogarszając wystąpienie zrostu. Autor jednak uważa, że da się przez odpowiednie postępowanie zmniejszyć ten szkodliwy wpływ metalu na narastającą bliznę kostną, jeśli uwzględni się warunki biologiczne jej tworzenia się. Odkładanie soli wapniowych następuje około 4-tego tyg. W okresie tym usuwać należy protezę metalową użytą do szwu kostnego. Łącznotkankowa blizna w tym czasie już silnie zespala odłamki.

Znaczenie i wartość operacyjnego leczenia złamań wzrasta, jeśli do zabiegu kwalifikuje się przypadki w odpowiednim czasie i traktuje użyty do szwu metal, jako protezę prowizoryczną.

W dyskusji:

Dr Sokołowski podnosi, że nie można leczenia złamań dzielić na zachowawcze i operacyjne i stawiać ich jako metody z wyboru.

Istnieje tylko jedno leczenie złamań: leczenie chirurgiczne. Złamania należy leczyć przede wszystkim zachowawczo. Postępowanie zależne jest co prawda od typu złamania, ale musi się uwzględnić przede wszystkim objawy, np. nie operuje się złamania trzonu kości ramiennej, ale w przypadkach porażenia n. promieniowego należy wykonać wczesną neurolizę. Można mówić tylko o operacjach złamań i brać je w rachubę, ale nie można wyodrębniać „operacyjnego leczenia złamań".

Dr Ciszkiewicz (Warszawa):

W SPRAWIE TECHNIKI OPERACJI ZŁAMANIA WYROSTKA ŁOKCIOWEGO.

W przypadkach złamań wyrostka łokciowego ze znacznym rozejściem się odłamków, zachodzi potrzeba operacyjnego ich zespolenia. Najlepszą metodą jest zespolenie gwoździem Lambotte'a. Początkowo w Instytucie Chir. Uraz. używano do tego celu drutów Kirschnera lub śruby, jednak doświadczenie kliniczne wykazało, że najlepiej nadaje się do zespalań gwóźdź Lambotte'a. Technika zabiegu przedstawia się następująco: w znieczuleniu miejscowym z cięcia łukowatego, odsłania się wyrostek łokciowy, po czym usuwa się skrzepy krwi, wkleszczające się pomiędzy odłamki. Za pomocą jednozębnych haków nastawia się i ustala do przybicia odłamki, po czym zespala je gwoździem Lambotte'a. W przypadkach zastarzałych wykonuje się ponadto plastykę ścięgna mięśnia trójgłowego.

Po zeszyciu skóry unieruchamia się kończynę za pomocą szyny gipsowej na 3 — 4 tyg., a po tym czasie przystępuje się do stopniowego uruchamiania stawu. Po 8-miu tyg. gwóźdź zostaje usunięty. Przez okres dwuletni leczono tą metodą 16 przypadków, osiągając we wszystkich doskonały wynik.

Autor ilustruje swój pokaz rentgenogramami i filmem przedstawiającym technikę zabiegu.

W dyskusji:

Doc. Gruca zaznacza, że ze względu na odczyn ze strony gwoździa, używa do zespolenia klinków kostnych heteroplastycznych. Mają one tę wyższość, że nie wymagają wtórnego usuwania i wgajają się doskonale.

Dr Sokołowski (Warszawa):

LECZENIE PRZEZSKÓRNYM GWOŹDZIOWANIEM NADKŁYKCIOWYCH ZŁAMAŃ KOŚCI RAMIENNEJ.

Jakkolwiek nastawienie złamań nadkłykciowych u dzieci daje się uzyskać względnie łatwo, jednak trudno jest je utrzymać i w dużym odsetku w zwyczajnych opatrunkach ustalających stwierdza się ponowne rozejście i przemieszczenie odłamków. Ze względu na trudności utrzymania odłamków i wypływającą stąd potrzebę powtórnych nastawiań, stosuje autor w tych złamaniach przezskórne gwoździowanie drucikiem Kirschnera. Zespalanie drutem jest konieczne zwłaszcza w tych typach złamań, w których linia złamania przebiega przez fovea olecrani. *Matti* zwraca uwagę na te typy i podkreśla trudności ich nastawienia. Jeśli się operuje pod ekranem rtg., zespolenie uda-

je się we wszystkich przypadkach. Metodą opisaną leczył autor przeszło 100 przypadków, osiągając we wszystkich dobre nastawienie i dobry wynik czynnościowy. Po 2-ch tyg. usuwa się drucik, po dalszych 2 tyg. zdejmuje szynę gipsową pozwalając dziecku na rozpoczęcie ruchów czynnych w stawie łokciowym (bez masaży!).

W drugiej części referatu autor omawia postępowanie swoje w przypadkach złamań wyniosłości główkowatej. Autor nie godzi się z wywodami *dra Janika,* który nie rozgranicza złamań eminentiae capitatae u dzieci i u dorosłych. Zdaniem autora u dzieci możnaby ewentualnie usuwać operacyjnie odłamaną wyniosłość bez większej szkody, gdyż nastąpi rekonstrukcja kłykcia. Natomiast u osobników starszych tego rodzaju postępowanie odbija się ujemnie na mechanice stawu. Dlatego też autor z reguły u starszych, a nawet i u dzieci przybija wyniosłość przezskórnie drucikiem. Jeśli nie udaje się nastawienie bezkrwawe, należy zawsze wykonać zabieg rekonstruktywny (przybicie). Jest to operacja mało traumatyzująca (zespala się przezskórnie) i szanująca staw. 15 przypadków w ten sposób leczonych dało wynik doskonały.

Dr Sowiński (Lwów):

ZŁAMANIA OKOLICY STAWU ŁOKCIOWEGO.

Nastawianie złamań nadkłykciowych przeprowadzano w narkozie ogólnej za pomocą wyciągu kończyny zgiętej w łokciu do 45°. Po nastawieniu ustala się kończynę za pomocą dokładnie modelowanej łuski gipsowej. W razie nieudania się nastawienia wykonuje się po 3-ch dniach repozycję powtórną, a gdy i ta zawiedzie, nastawia się i zespala odłamki operacyjnie: z cięcia tylnego poprzez mięsień trójgłowy odsłania się miejsce złamania i ustala w prawidłowym ułożeniu za pomocą prostych igieł.

W dyskusji:

Doc. Gruca podnosi, że w złamaniach nadkłykciowych najtrudniej jest odłamki nastawić, ustalenie zdaniem jego daje się łatwo uzyskać w opatrunku gipsowym.

Dr Piwko podnosi zalety postępowania *Sokołowskiego;* na zasadzie swych doświadczeń uważa że metoda ta przewyższa wszelkie inne.

Dr Sokołowski nie godzi się ze zdaniem *Grucy* i uważa, że nastawienie daje się uzyskać łatwo, trudne jest utrzymanie nastawienia i dlatego przyjął gwoździowanie, jako stałą metodę postępowania.

Dr Hryniewiecki (Warszawa):

LECZENIE ZŁAMAŃ PRZEZKŁYKCIOWYCH NASADY KOŚCI RAMIENNEJ, PISZCZELOWEJ I UDOWEJ WYCIĄGIEM DRUTOWYM.

W leczeniu złamań śródstawowych dla uzyskania dobrego wyniku uzyskać się musi: 1) dokładne nastawienie, 2) pewne utrzymanie i ustalenie odłamków. Nastawienie musi być idealne, a takie trudno jest uzyskać nastawieniem doraźnym, a nawet uzyskane utrzymać w szczelnym opatrunku gipsowym. Narastający obrzęk zmusza do rozcięcia gipsu, zmieniając opatrunek na szynę żłobową nie ustalającą dostatecznie. Z tych względów przyjęto w Instytucie leczenie tego typu złamań za pomocą wyciągu. A więc w złamaniach nadkłykciowych kości ramiennej u dorosłych — wyciągiem zenitowym sposobem *Zeno* z obciążeniem 6 kg. przez 3 tygodnie, po tym czasie opatrunek gipsowy. Złamania nadkłykciowe uda leczy się wyciągiem osiowym za guzowatość piszczela na szynie Brauna przez 6 — 8 tyg. (obciążenie 4 — 6 kg.).

W złamaniach kłykci piszczela zakłada się wyciąg na guz kości piętowej na 8 tygodni (obciążenie 3 — 6 kg.). Używanie ściskaczy mechanicznych uważa autor za zbędne, gdyż taki sam wynik łatwo uzyskać można dopchnięciem ręcznym. Złamań typu omawianego przez autora leczono w Instytucie 92, z tego 47 przypadało na złamania kłykci kości ramiennej, 8 — udowej i 37 — piszczelowej. Metodą tą osiągnięto doskonałe wyniki tak wczesne, jak i późne.

Dr Sokołowski (Warszawa):

NOWA TECHNIKA GWOŹDZIOWANIA ZŁAMAŃ SZYI KOŚCI UDOWEJ.

Autor przedstawia film ilustrujący technikę gwoździowania złamań szyi kości udowej metodą własną. Do zespalania używa własnego centralnego gwoździa.

W dyskusji nad II tematem zabierają głos: *dr Cetkowski, dr Janik* i *doc. Gruca.*

Dr Janik dzieli złamania dna panewki na: lekkie, dające się łatwo leczyć wyciągiem, i ciężkie, w których rekonstrukcję dna panewki należałoby przeprowadzić drogą operacyjną z cięcia pozaotrzewnego idącego od przodu przez pachwinę.

Doc. Gruca demonstruje późny doskonały wynik po usunięciu główki kości ramiennej w przypadku złamania szyi chirurgicznej z równoczesnym zwichnięciem.

Doc. Zaremba (Kraków):
O TECHNICE WYKONYWANIA ŁÓŻECZKA GIPSOWEGO.
(pokaz filmu)

Doc. Gruca:

PLASTYKA I RESEKCJA PLASTYCZNA W GRUŹLICY KOLANA.

Autor przedstawia rtgn. 14 przypadków gruźlicy kolana, w których wykonał wtórne uruchomienie, albo też a priori resekcję plastyczną. Osiągnięte dobre wyniki pozwalają na zachęcanie do wyboru tego rodzaju postępowania.

Doc. Gruca:
POKAZ NARZĘDZI Z ZAKRESU CHIRURGII KOSTNEJ.

Autor demonstruje komplet narzędzi kostnych: a) do plastyki stawu biodrowego, b) do plastyki stawu kolanowego, c) klamrę wyciągową uniwersalną.

Dr Krajnik (Poznań):
BADANIA HISTOLOGICZNE PALUCHA KOŚLAWEGO.

Autor demonstruje obrazy histologiczne, jakie stwierdzał na zdjętych chrząstkach stawowych i kościach przypadków operowanych w Klinice Poznańskiej.

W dyskusji:
Prof. Raszeja omawia metodę operacyjną stosowaną w Klinice Poznańskiej w leczeniu palucha koślawego. Polega ona na skośnej podgłówkowej osteotomii I kości śródstopia, przy czym w czasie zabiegu przeciąga się podskórnie od strony podeszwowej jedwabny sznurek od szyjki I kości śródstopia do V. Osteotomia jest skierowana z góry i wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz. Na zakończenie pokazuje film ilustrujący omawianą technikę.

Zamykając obrady Zjazdu podniósł Przewodniczący wysoki ich poziom naukowy i bogaty program (40 wygłoszonych referatów). Zjazd przyczynił się w dużej mierze do ujednostajnienia pewnych zapatrywań i wyświetlenia omawianych zagadnień.

Przyszły VII Zjazd odbędzie się za 2 lata w Krakowie. Referaty programowe ustali nowy Zarząd Pol. Tow. O. i T., przy czym zaproponowano następujące: 1) Morbus Littli, 2) Obrażenia i zniekształcenia dłoni i palców, 3) Osteoporosis dolorosa Sudeck - Leriche, 4) Skolioza, 5) Rany stawów.

W czasie Zjazdu odbywały się pokazy operacyj w Klinice Ortopedycznej i w Zakładzie Ortop. im. Gąsiorowskich. Poza tym uczestnicy Zjazdu zwiedzili Klinikę Chirurg. U. P.

Z. Ambros.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 16 maja 1938 r.

Dr J. Kossakowski:

PRZYPADEK KRWOTOKU Z PRZEWODU POKARMOWEGO U DZIECKA, WYWOŁANY OBECNOŚCIĄ UCHYŁKA MECKELA.

(str. własne)

Chłopiec w wieku lat 8, skierowany do oddziału chirurg. Kliniki Dziecięcej z powodu bólów brzucha oraz krwawienia z odbytnicy. Wywiady ustaliły, że dziecko w przeddzień przybycia do Kliniki dostało nagle silnych bólów brzucha w okolicy pępka oraz miało dwukrotnie obfite krwawe wypróżnienia. Od lat trzech podobne bóle występują co jakiś czas, jednak krwi w stolcu dotąd nigdy nie zauważono. Przed rokiem chłopiec przebył podobny silny napad bólowy i został skierowany do szpitala, przy czym rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i chłopca operowano. Po operacji bóle znów wróciły i okresowo występowały aż do chwili obecnej. Stan dziecka w chwili przybycia do Kliniki przedstawiał się następująco: stan ogólny niezły, rzuca się jednak w oczy duża bladość powłok i błon śluzowych, ciepłota 37,2°, tętno 116. W zakresie płuc i serca badanie nie wykazuje nic szczególnego. Brzuch miękki, nieco bolesny w okolicy pępka, objawów ze strony otrzewnej brak. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje nic szczególnego poza licznymi, świeżymi skrzepami krwi. Mocz bez zmian. Badanie krwi: c. czerwonych — 3,020,000, hemoglobiny — 58%, wskaźnik — 0,96, c. białych — 6,800, krzepliwość — 5 m. 30 sek., czas krwawienia — 1 m. 40 sek. Rektoskopia dała wynik ujemny. Badanie rentgenowskie (wlew cieniujący) nie wykazało nic szczególnego.

Przetoczono dziecku 150 cm^3 krwi grupy 0. Nazajutrz chłopiec miał dwa wypróżnienia, w których stwierdzono krew świeżą. Trzeciego dnia po przybyciu stan ogólny uległ pogorszeniu, wystąpiła wybitna bladość powłok i parokrotnie były bardzo obfite wypróżnienia, zawierające dużą ilość świeżej krwi. Badanie krwi: 1,940,000 c. czerw., hemoglobiny 34%.

Na podstawie dokonanych badań i obrazu klinicznego nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z obfitym krwawieniem z przewodu pokarmowego. Ze względu na obecność krwi świeżej trudno było przypuścić, by mogła ona pochodzić z górnego odcinka przewodu pokarmowego, dlatego też, aczkolwiek dodatkowe badania, jak badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego z podaniem kontrastu, badanie treści itp. nie były wykonane, to jednak odrzuciliśmy możliwość istnienia owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy, uważając je za mało prawdopodobne. Również rektoskopia pozwoliła wyłączyć istnienie przyczyny krwawienia w odbytnicy. Należało więc przyjąć, że źródło krwawienia znajduje się w jelicie grubym, ewentualnie w dolnym odcinku jelita cienkiego. Brano pod uwagę możliwość istnienia polipów jelita, lub jakiegoś owrzodzenia, nie wyłączając również możliwości wrzodu trawiennego, wywołanego obecnością uchyłka Meckela. Za tą ostatnią możliwością przemawiał również fakt, że dziecko było przed rokiem operowane wśród burzliwych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, a podczas operacji zmiany znalezione w wyrostku nie odpowiadały bynajmniej objawom klinicznym. Dlatego też najbardziej odpowiadała nam koncepcja istnienia uchyłka, aczkolwiek oczywiście było to jedynie przypuszczenie. Dokonano zabiegu operacyjnego z cięcia Jalaguiera w ogólnym uśpieniu eterem, po uprzednim przetoczeniu dziecku 250 cm^3 krwi od matki. W odległości około 80 cm od kątnicy znaleziono na jelicie cienkim uchyłek okrągły, wielkości śliwki, o szerokiej podstawie, otoczony licznymi zlepami z siecią i pętlami jelita. Uchyłek usunięto, dokonując częściowego wycięcia klinowego pętli jelita cienkiego. Jamę brzuszną zaszyto szczelnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, 7-go dnia zdjęto klamerki, rana zagojona przez rychłozrost. Stolce zabarwione prawidłowo. Badanie krwi 8-ego dnia po operacji: c. czerwonych — 2,800,000, hemoglobiny — 63%.

W dalszym przebiegu stan ulega poprawie i chory czuje się dobrze, stolce prawidłowo zabarwione. Badanie krwi, wykonane przed 10 dniami, wykazało: c. czerwonych — 3,450,000, hemoglobiny — 70%, c. białych — 5,200.

W przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę fakt obfitego krwawienia, spowodowanego wrzodem trawiennym uchyłka Meckela. Badanie anatomo-patologiczne *(dr Laskowski)* wyka-

zało w dnie uchyłka śluzówkę o cechach budowy dna żołądka oraz podostrą sprawę zapalną toczącą się w ścianie uchyłka. Istnieje również pewne prawdopodobieństwo, że ostry napad, podczas którego chory był przed rokiem operowany, był wywołany już wtedy sprawą toczącą się w uchyłku, za czym również przemawiają napady bólowe, utrzymujące się po operacji. Dlatego też ze względów praktycznych godna polecenia jest zasada doradzana przez wielu chirurgów, by w razie nieznalezienia większych zmian w wyrostku podczas operacji, dokonywanej w okresie napadu, zawsze przejrzeć najbliższy odcinek jelita cienkiego, by w ten sposób wyłączyć obecność uchyłka Meckela, zwłaszcza, że objawy przezeń wywołane mogą być zupełnie analogiczne do objawów, istniejących przy ostrym zapaleniu wyrostka.

Dyskusja:

Dr Wiśniewski: Rozpoznanie krwotoku z uchyłka Meckela jest trudne i często niemożliwe, jednak u dzieci, przy krwawieniach z przewodu pokarmowego, należy o tym myśleć. Polipowatość odbytnicy spotyka się i u dzieci, ale krwawienia przy tym są częstsze i nie obfite. Występowanie uchyłka Meckela nie jest częste. Podczas operacji z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego *W.* zawsze przegląda końcowy odcinek jelita krętego, ale nie tak daleko (80 cm), jak w przedstawionym przypadku.

Dr Rechniowski obserwował u dorosłego kombinację zapalenia wyrostka i uchyłka Meckela — objawy były ostre, a wyrostek bez większych zmian; jelito cienkie było zawęźlone przez uchyłek na przestrzeni 80 cm.

Dr D. Szenkier:

a) PRZYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO MIEDNICZKI NERKOWEJ.
(str. własne)

Nowotwory, a szczególnie złośliwe miedniczki nerkowej są najrzadziej spotykanymi nowotworami nerki; stanowią one tylko nieznaczny odsetek ogółu nowotworów nerki. Tak zwane łagodne nowotwory miedniczki (brodawczaki), przez swoją skłonność do rozpowszechniania się wzdłuż dróg moczowych (wzdłuż moczowodu aż do pęcherza) klinicznie posiadają cechy złośliwości. Dominującym, a często jedynym objawem nowotworu miedniczki jest krwiomocz. Niezastąpioną metodą rozpoznawczą jest pyelografia dożylna.



Rys. 1.

Demonstrowany przypadek dotyczy kobiety 59-letniej, u której nowotwór rozpoznany był przed operacją dzięki pyelografii dożylnej i wstępującej (rys. 1). Jedynym objawem klinicznym był okresowy krwiomocz. Guz przerósł już miąższ nerkowy i otoczkę włóknistą. Nerka wraz z otoczkami została usunięta. Badanie drobnowidzowe: *adenocarcinoma.* Pokaz preparatu.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński: Co przemawia za tym, że jest to guz pierwotny miedniczki wrastający do nerki, a nie odwrotnie? Jaka była technika operacji?

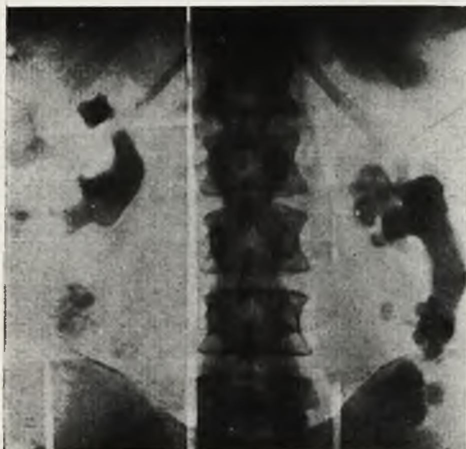
Dr Datyner zapytuje, czy była wykonana chromocystoskopia; wiadomo, że przy nowotworach złośliwych nerek badanie czynnościowe nerek za pomocą barwnika może wypaść normalnie — ciekawe, jak zachowuje się czynność nerki przy raku miedniczki.

Dr Szenkier w odpowiedzi: za tym, że guz był pierwotnym nowotworem miedniczki przemawia to, że guz był uszypułowany oraz że w miedniczce guz był znacznie większy od części wrastającej do miąższu nerki. Pyelografia wykazała wrastanie guza do nerki (brak dolnego kielicha) — nie był to więc brodawczak i dlatego usunięcie moczowodu było zbędne — wykonano tylko nefrektomię. Chromocystoskopia wykazała dobrą, ale nieco upośledzoną czynność nerki.

b) DWA PRZYPADKI KAMICY NERKOWEJ O NIETYPOWYM PRZEBIEGU KLINICZNYM.

(str. własne)

I. Kobieta lat 50. Obustronna bardzo daleko posunięta kamica nerkowa, stwierdzona rentgenologicznie wiele lat temu. W obu nerkach olbrzymie kamienie koralowe, wypełniające miedniczki



Rys. 2.

i częściowo kielichy. Oprócz tego dużo mniejszych i większych złogów rozsianych w całym miąższu obu nerek (rys. 2). Nie bacząc na tak daleko posunięte schorzenie czynność nerek nadal dobra: wydzielanie indygokarminu tylko nieznacznie upośledzone. Poziom mocznika stale poniżej górnej granicy.

Demonstrowany przypadek, będąc przyczynkiem do istoty kamicy nerkowej jako skazy kamicowej, jest jednocześnie ilustracją do zagadnienia wskazań do interwencji operacyjnej w kamicy nerkowej w ogóle, a obustronnej w szczególności.

Wskazania do operacji kamicy nerkowej stanowią: 1) silne i często powtarzające się napady kolki nerkowej, 2) krwiomocz wywołujący wtórną małokrwistość, 3) szybko posuwające się zniszczenie miąższu nerkowego (wodo- lub roponercze) oraz 4) stany gorączkowe z dreszczami.

II. Mężczyzna 40-letni. Od 2 mies. krwiomocz i lekkie bóle w okolicy lędźwiowej. Wziernikowaniem stwierdzono krwawienie z lewej nerki; chromocystoskopia — upośledzenie jej czynności. Rentgenogram (rys. 3) — dziwne ułożenie kamieni, jak w woreczku żółciowym, przy tym powierzchnie ich fasetowane. Każdy kamień posiadał jądro o słabszym nasileniu cienia. Operacja: usunięcie nerki. Nieznaczne wodonercze; każdy kielich tworzył małą jamę, i w każdym takim małym wodonerczu znajdowało się kilka kamieni (razem 34). Kamienie te są pierwotne, każdy z nich tworzył się oddzielnie. Chemicznie — kwas moczowy i moczany. Nie było wtórnej infekcji.



Rys. 3.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński: W przyp. 1. nie należy śpieszyć z zabiegiem — trzeba mieć do niego ścisłe wskazania. Dlaczego referent uważa w przyp. 2. kamienie za pierwotne? — bardziej przejrzyste jądro nie przemawia za pierwotnością tych kamieni. Przy zaleganiu moczu mówimy o kamieniach wtórnych, jeśli tego nie ma, a w moczu stwierdza się szczawiany lub kwas moczowy — to kamienie są pierwotne. Konieczne badanie chemiczne usuniętych wraz z nerką kamieni. (Badanie to było wykonane i wynik potwierdza tezę referenta).

Dr Datyner podziela zdanie referenta co do wskazań operacyjnych przy obustronnej kamicy nerkowej. Obserwuje od 7 lat chorego (50 l.) z tym schorzeniem — czuje się on na ogół dobrze, bez większych dolegliwości. Urografia dożylna: złogi różnej wielkości w obu nerkach; chromocystoskopia — nieznaczne upośledzenie czynności obu nerek. Mocznik we krwi nigdy nie przekracza 0,7. Jest to najprawdopodobniej przypadek skazy moczanowej; zabieg operacyjny jest w podobnych przyp. przeciwwskazany.

Doc. Szerszyński: Na ilości mocznika we krwi nie można się opierać: mniejsze ilości zależne są od diety, jaką chory stosuje. Dopiero ilości wyższe (1 i wyżej) są objawem niepokojącym.

Dr Szenkier w odpowiedzi: Mocznik nie jest absolutnym wskaźnikiem dobrej pracy nerek; dopiero wynik kilku metod badania, w zestawieniu z obrazem klinicznym pozwala wejrzeć w prawdziwą czynność nerek. W przypadkach obustronnej kamicy nerkowej trudno jest zdecydować się na zabieg operacyjny; z której strony operować wpierw — nie ma tu szablonu.

Dr J. Kossakowski:

PRZYPADEK POWIKŁANIA POOPERACYJNEGO U NIEMOWLĘCIA.

(str. własne)

Wśród licznych powikłań występujących w związku z wykonaniem zabiegów operacyjnych u niemowląt zasługuje na uwagę zespół opisany przez *Ombredanne'a* i jego szkołę w r. 1922 pod nazwą: „szybkiej śmierci operowanych niemowląt wśród objawów bladości i przegrzania". Ciężkie to powikłanie występuje u dzieci najczęściej w pierwszym półroczu życia, aczkolwiek było spostrzegane i u dzieci nieco starszych, nigdy jednak nie występuje jakoby w czterech pierwszych dniach po urodzeniu. Zespół bladości i przegrzania widywano nawet po drobnych zabiegach, najczęściej po operacji stulejki, wargi zajęczej, wycięcia naczyniaków itp. Kliniczny obraz przedstawia się następująco: Po operacji w kilka lub kilkanaście godzin, a nawet czasem dopiero w końcu drugiej doby ciepłota podnosi się stale, dosięgając wkrótce 40° i wyżej, jednocześnie zaś występuje wybitna bladość powłok. Czasem towarzyszą temu wymioty ciemno-zielonkawą treścią, często występują drgawki całego ciała lub poszczególnych okolic. Przeważnie po paru godzinach sprawa kończy się zejściem śmiertelnym. Niektórzy podają, że jedynym zwiastunem mającego wystąpić zespołu jest przemijające zblednięcie dziecka podczas narkozy, które zresztą łatwo przeoczyć. Liczne prace omawiające to zagadnienie nie wyjaśniły bynajmniej patogenezy zespołu. Ogólnie przyjęto, zwłaszcza wobec ujemnego wyniku wszelkich badań dodatkowych i braku jakichkolwiek zmian sekcyjnych u tych dzieci, że zachodzi tu jakieś zaburzenie czynności termoregulacyjnej i naczynioruchowej, które wyzwala wstrząs operacyjny. Niektórzy uważają, że momentami usposabiającymi do wystąpienia tego powikłania jest niedokładność uśpienia lub znieczulenia, zbytnie wygłodzenie dziecka przed zabiegiem, jak również zbyt wczesne podanie pokarmów po operacji (radzą przez 12 godzin ograniczać się do podawania wody, lecz nie pokarmu). Należy podkreślić, że w tych razach zastosowanie energicznych środków w postaci obfitych wlewań chłodnej wody do odbytu, podawanie adrenaliny doustnie (do 30 kropel na dobę) może czasem uratować chorego. W Warszawskim Szpitalu dla Dzieci spostrzegaliśmy 4 przypadki tego powikłania, przy czym jedno z tych dzieci udało się nam uratować.

Ostatnio w oddz. chir. Klin. Pediatrycznej operowałem 3-miesięczne dziecko, dokonując plastyki wargi zajęczej. Zaznaczę, że dziecko to operowałem już raz w drugim dniu życia z powodu obustronnej paszczy wilczej i wówczas została dokonana plastyka jednostronna, a przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Nazajutrz po zabiegu (36 godzin) dziecko zbladło, ciepłota mierzona w odstępach ½ godzinnych szybko się podnosiła, osiągając 40,2°. Wystąpiły drgawki ogólne i wymioty treścią ciemną. Zastosowano natychmiast oziębianie wyżej wspomnianym sposobem i podano 10 kr. adrenaliny doustnie oraz środki nasercowe. Ciepłota po ½ godzinie opadła do 38°, stan uległ polepszeniu, jednak po godzinie ciepłota ponownie doszła do 40,3°, wystąpiły drgawki oraz dziecko po chwili przestało oddychać. Zastosowano powtórnie zimne wlewanie oraz sztuczny oddech — po godzinie ciepłota opadła do 37,5°, drgawki ustąpiły oraz stan ogólny uległ poprawie. W dalszym przebiegu wszelkie objawy ustąpiły i dziecko po 8 dniach zostało wypisane jako wyleczone. Obecnie czuje się dobrze, rana zagojona przez rychłozrost. Sądzę, że w przedstawionym przypadku burzliwe objawy odpowiadają w zupełności opisanemu zespołowi, zwłaszcza że wszelkie badania dodatkowe nie wykryły żadnej przyczyny tego stanu. Fakt możliwości występowania u małych dzieci tego zespołu zasługuje na podkreślenie i winien być szerszemu ogółowi znany, zwłaszcza że nieraz energiczne leczenie daje wynik pomyślny.

Dr T. Hroboni:

PRZYPADEK POWIKŁANIA POOPERACYJNEGO U NIEMOWLĘCIA.

(str. własne)

Jako dowód, że tego rodzaju powikłania nie należą do tak nadzwyczajnych rzadkości, przytoczę drugi przypadek, który prawie jednocześnie z wyżej przedstawionym, obserwowaliśmy w Warsz. Szpit. dla Dzieci.

Przypadek dotyczy 4-ro miesięcznego dziecka

płci żeńskiej, u którego dokonano ambulatoryjnie amputacji nadliczbowych paluszków u obu stóp. Zabieg został wykonany w narkozie chlorkiem etylu. W godzinę po zabiegu rodzice zabrali dziecko w dobrym stanie do domu.

W parę godzin po tym zostaliśmy zaalarmowani przez rodziców wiadomością, że stan dziecka jest niepokojący, ciepłota wynosi 40°. Rodzice nie zgodzili się na umieszczenie dziecka w szpitalu, wobec czego udałem się na miejsce i stwierdziłem, że stan ogólny dziecka jest b. ciężki: skóra blada, tętno słabo wyczuwalne, przerywane, ciepłota 40,8°, niepokój, od czasu do czasu przejściowe drgawki.

Celem doraźnego obniżenia ciepłoty zastosowano niezwłocznie zimne lawatywy, ponadto wstrzyknięto kamforę i podano doustnie adrenalinę. Jakkolwiek po dokonanych zabiegach ciepłota obniżyła się do 39°, to jednak stan ogólny nie uległ poprawie, wystąpiły drgawki, wobec czego dziecko przewieziono do szpitala. Stan był tak ciężki, że w każdej chwili można było oczekiwać zejścia śmiertelnego, chwilami dziecko nie oddychało i trzeba było stosować sztuczne oddychanie. Ponowiono zimne lawatywy, podawano nadal środki nasercowe i adrenalinę doustnie. Stan taki trwał przez około 24 godz., po czym ciepłota opadła i nastąpiła rychła poprawa. Dalszy przebieg pooperacyjny był prawidłowy, rany operacyjne zagoiły się przez rychłozrost, po 8 dniach dziecko opuściło szpital wyleczone.

Jak widzimy z wyżej przedstawionego przypadku, w następstwie dokonanego u 4-ro miesięcznego dziecka banalnego zabiegu, w kilka godzin po operacji rozwinął się ciężki obraz chorobowy, który omal nie doprowadził do zejścia śmiertelnego. Stanu tego nie możemy wyjaśnić ani infekcją rany operacyjnej, ani następstwami narkozy, gdyż w tak krótkim czasie nie mogłyby się rozwinąć, o czym zresztą świadczy dalszy gładki przebieg pooperacyjny.

Powikłanie to należy zaliczyć do t. zw. zespołu bladości i przegrzania występującego u operowanych dzieci poniżej 1 r. życia, i to prawie wyłącznie u dzieci dotkniętych wadami rozwojowymi. Z powikłaniem tym należy poważnie się liczyć przy stawianiu wskazań do operacji u dzieci poniżej 1 r. życia; w wypadkach gdy nie zachodzi konieczna potrzeba, zabieg ten należy odłożyć na okres późniejszy. Jeżeli decydujemy się na wykonanie zabiegu, należy rodziców uprzedzić o możliwości tego powikłania i jeżeli zabieg wykonujemy ambulatoryjnie, odpowiednio pouczyć, by w razie wystąpienia pierwszych objawów zgłosili się niezwłocznie z dzieckiem do szpitala, gdyż tylko wcześnie rozpoczęte leczenie może uratować życie dziecka.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński zapytuje czy taki sam obraz nie występuje w wieku młodzieńczym oraz dlaczego adrenalinę podaje się doustnie.

Dr Wiśniewski stwierdza, że powikłanie to nie jest częste: w ciągu 20 lat obserwował najwyżej 2 przypadki. Wobec tego nie można uzależniać wskazań do zabiegu od możliwości wystąpienia tego zespołu. Zabiegi z powodu wad wrodzonych należy wykonywać o ile możności w pierwszych dniach życia. Uważa, że nie należy uprzedzać rodziców, bo znaczna większość zrezygnuje z operacji i wobec tego chirurgia niemowląt przestanie istnieć. Adrenalinę stosuje podskórnie.

Dr Byszewski: Powikłanie to nie występuje w pierwszych 2 tygodniach życia oraz po 6 miesiącach. Wtedy należy wykonywać niektóre zabiegi, nie obawiając się zespołu bladości i przegrzania.

Dr Tokarski: Ombrédanne opisał ten zespół w 1922 r. Zespół ten można identyfikować z szokiem pooperacyjnym. Czy poza tym zespołem obserwuje się u dzieci objawy zwykłego szoku pooperacyjnego?

Dr Kossakowski w odpowiedzi: Nie obserwował tego zespołu u dzieci starszych, ale w piśmiennictwie jest on opisywany nawet u dzieci 13-letnich. *Ombrédanne* podaje adrenalinę doustnie — *K.* czyni tak samo, naśladując twórcę metody leczenia. Uważa, że o możliwości takiego powikłania należy powiadamiać rodziców, zwłaszcza w przypadkach operowanych ambulatoryjnie (konieczność wczesnego zawiadomienia). *Ombrédanne* podaje, że zespół bladości i przegrzania nie występuje przed upływem 4-tej doby życia — w ogóle okres ten jest okresem największej odporności i najcięższe zabiegi są wtedy dobrze znoszone. Najnowsze prace również wydzielają ten zespół od szoku — u dorosłych nie obserwowano go nigdy. U starszych dzieci wstrząs pooperacyjny występuje tylko po rozległych i ciężkich zabiegach.

Dr J. Falkowski:

PRZYPADEK GUZA NERWU KULSZOWEGO I JEGO ROZGAŁĘZIEŃ.

(str. własne)

Chora A. W., lat 22, niezamężna, pracownica domowa. Przybyła do kliniki 2.V rb. z powodu nawrotu guza w obrębie prawej dolnej kończyny. Operowana była 4 lata temu w szpitalu w

Brodnicy na Pomorzu, skąd pochodzi. Podaje, że przed 5 laty pojawił się na tylnej stronie prawego uda guz wielkości kurzego jaja. Guz ten rósł szybko i po roku od chwili zauważenia go był już wielkości głowy dziecka. Guz początkowo niebolesny, w miarę powiększania się zaczął dawać bóle przede wszystkim uciskowe, a poza tym rzadziej i w mniejszym natężeniu samoistne w następstwie dłuższego stania lub chodzenia. W tym okresie guz usunięto operacyjnie. Po opuszczeniu szpitala chora czuła się dobrze, chodziła bez dolegliwości, bólu w kończynie nie odczuwała. Kończyna w ciągu roku po operacji była zdaniem chorej obrzękła. Po upływie dwóch lat od operacji pojawił się znowu guz w obrębie prawej dolnej kończyny, tym razem na prawej łydce, tuż poniżej dołu podkolanowego. Guz był początkowo wielkości orzecha włoskiego, twardy i nie bolesny. Stopniowo guz powiększał się, szerząc się na dół podkolanowy, na boki i na łydkę. Od roku chora zaczęła odczuwać bóle rwące w okolicy guza, wzmagające się równolegle z jego powiększaniem się. Obecnie miewa samoistne rwące bóle prawego podudzia, występujące jednak dopiero po zmęczeniu wskutek chodzenia lub stania. Podczas leżenia w łóżku bóle nie występują. W razie przypadkowego uciśnięcia guza lub zgięcia chorej kończyny w stawie kolanowym pod kątem 100° — 90° i niżej, doznaje silnych bólów, promieniujących w górę i w dół od guza. Miewa czasem bóle w okolicy kości krzyżowej. Nie gorączkuje, nie kaszle i nie odpluwa. Niekiedy kłucie w okolicy łopatek i bóle w okolicy serca. Łaknienie i pragnienie prawidłowe. Stolce i mocz oddaje normalnie. Pierwsza miesiączka w 13. roku życia. Od tego czasu miesiączkuje co 4 tygodnie, 2 — 3 dni, miernie, od 5 miesięcy z bólami. Nie rodziła i nie roniła. Przebyła krzywicę, zapadała na anginę, innych chorób nie pamięta. Chorób wenerycznych jakoby nie przechodziła. Rodzina chorej zdrowa, guzów nikt z rodziny nie miał.

Badanie przedmiotowe. W zakresie głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha i narządów moczowopłciowych brak wybitniejszych zmian. Kręgosłup prosty, nie bolesny przy ucisku, opukiwaniu i wstrząsaniu. Kończyny górne oraz dolna lewa bez zmian. Odruchy zachowane, prawidłowe. Miednica prawidłowo zbudowana, nie bolesna przy ucisku i wstrząsaniu.

Kończyna prawa dolna grubsza od lewej (obwody ud: 49 — 44 cm, podudzi: 35 — 33,5 cm) Obie kończyny w ogóle grube i masywnie zbudowane.

Oglądaniem stwierdzamy na tylnej powierzchni prawego uda bliznę pooperacyjną długości 21 cm, ciągnącą się w linii środkowej uda mniej więcej od fałdu pośladkowego do okolicy dołu podkolanowego, gdzie spostrzegamy rozległe wypuklenie, zstępujące na łydkę. Skóra w obrębie prawego podudzia w jej dolnej trzeciej części po stronie tylno-bocznej zabarwiona sino-czerwonawo. Obmacywaniem stwierdzamy, poczynając od połowy długości blizny pooperacyjnej w dół, twardy, nieruchomy opór przechodzący w obrębie dołu podkolanowego w duży dwujęzyczny obły guz, schodzący na łydkę i sięgający prawie do granicy z jej górną i środkową trzecią częścią. Guz na całej przestrzeni nieruchomy, bardzo bolesny przy ucisku, zbity, niemal spoistości chrząstki. Poza tym niewielki guzek o takich samych cechach, bolesny przy ucisku, wyczuwalny w dolnej trzeciej części łydki po stronie tylno-przyśrodkowej. Podudzie i stopa prawa chłodniejsza od lewej. Ruchy w stawie biodrowym prawym zachowane, nie bolesne, w stawie kolanowym prawym zginanie poniżej 100°, bolesne, poniżej 90° — ograniczone i bardzo bolesne. Szybkie wyprostowanie kończyny w stawie kolanowym również jest bolesne. Ruchy w stawach skokowych prawidłowe, nie bolesne. Badanie neurologiczne *(dr B. Stępień)* wykazało zaburzenia czucia powierzchownego na tylnej powierzchni prawego uda (n. cutaneus fermoris posterior), na tylnej i przednio-bocznej powierzchni prawego podudzia (w zakresie n. n. cutanei surae) oraz na stopie (w zakresie n. peroneus i n. tibialis). Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa zachowane. Siła mięśni dobra. Badanie radiologiczne *(dr J. Kochanowski)* kości prawej dolnej kończyny oraz miednicy nie wykazało zmian nowotworowych. Zdjęcie boczne okolicy guza promieniami miękkimi nie dało zarysów guza. W płucach nie stwierdzono zmian mogących odpowiadać przerzutom. Mocz bez zmian. Krew: szybkość opadania krwinek czerwonych 12 mm/godz., Hb. 92%, wskaźnik 0,9. Czerwone ciałka — 3,940,000. Białe krwinki — 6,800. Eo 2%, Ba 0%, My 0%, Me 0%, Pa 4%, Se 55%, Li 38%, Mo 1%. Odczyny serologiczne z krwią: odczyn Bordet-Wassermanna ujemny, metoda kłaczkująca — wynik ujemny.

Rozpoznano klinicznie *guz nerwu kulszowego* i jego rozgałęzień, wychodzący najprawdopodobniej *z osłonki Schwanna.*

Dnia 10.V 1938 r. operacja w uśpieniu eterowym *(prof. A. Wojciechowski).* Cięcie skórne wzdłuż blizny pooperacyjnej poprzez dół podkolanowy i ukosem w kierunku strzałki. W okolicy odpowiadającej przebiegowi nerwu kulszowego, piszczelowego i strzałkowego stwierdzono biało-szarawy, zbity twór, otaczający grubą warstwą wymienione nerwy. Przedłużono cięcie w

górę i z dużym trudem uwolniono nerw kulszowy i jego rozgałęzienia z mas nowotworowych. Nerw strzałkowy tracił ciągłość w obrębie guza na wysokości główki strzałki; drugiego końca nie udało się odnaleźć. Wobec tego odcięto zraz uszypułowany z m. strzałkowego długiego i dokonano neurotyzacji mięśnia, wszywając weń nićmi lnianymi uwolniony z nowotworu nerw. Usunięto dokładnie nowotwór z dostępnych okolic, rezygnując ze zbyt skrupulatnych dalszych poszukiwań, jako bezcelowych a dających duży uraz. Nerwy kilkakrotnie nastrzykiwano roztworem nowokainy celem zmniejszenia wstrząsu. Ranę pokryto warstwą maści tranowej, po czym skórę luźno zeszyto szwami lnianymi i klamerkami. Opatrunek jałowy, szyna. Wycięte kawałki guza oddano do badania histopatologicznego.

12-13.V 1938 r. Chora gorączkuje, cierpi na stopniowo narastające bóle w okolicy rany. Opatrunek obficie przekrwawiony. Ze względu na zaznaczające się objawy odoskrzelikowego zapalenia płuc zastosowano bańki i środki nasercowe. 14.V — w nocy i rano bardzo silne bóle w okolicy operowanej. Dwukrotnie wstrzyknięto pantopon. Przy zmianie opatrunku zdjęto klamerki, ułatwiając odpływ z rany miernie obfitej wydzieliny. Wystąpiły objawy porażenia n. strzałkowego. 16.V — chora gorączkuje do 39° C. Szwy skórne częściowo usunięto. Antistreptyna dożylnie.

Guzy nerwów należą do rzadkości, wychodzą zaś przeważnie nie z właściwej tkanki nerwowej. Są to na ogół nowotwory łagodne. Znane są mnogie neurowłókniaki w zespole choroby Recklinghausena, poza tym włókniaki, tłuszczaki, chłoniaki. Tak zwane neurinomaty, wychodzące podług badań *Verocaya* z osłonki Schwanna są z tego właśnie powodu bardziej pokrewne tkance nerwowej. Niekiedy bywają one mnogie i są na ogół podobne do włókniaków; dochodzą do wielkości śliwki, choć bywają i większe. W przeciwieństwie do włókniaków nie ulegają zwyrodnieniu złośliwemu, co pozwala podczas zabiegu na usunięcie samego guza. Z naszych autorów dużą pracę o samotnych neurinomatach nerwów obwodowych napisał *F. Skubiszewski* (Chir. Narz. Ruchu, 1930 r.). Guzy złośliwe nerwów są rzadkie i należą do grupy mięsaków. Według *J. Duccing* (Précis de Cancérologie, 1932 r.) przypada ich 2 na 2500 innych nowotworów. Pamiętać również musimy o swoistych tworach, zwanych nerwiakami — neuroma. Są to zgrubienia w miejscu przecięcia nerwu, najczęściej w kikutach amputacyjnych. Anatomopatologicznie jest to bujanie nie nowotworowe, lecz odczynowe *(A. Wojciechowski)*.

Doraźne badanie pierwszych wycinków guza w naszym przypadku przemawia za włókniakiem *(dr A. Siedlecka)*, zdarzyć się jednak mogło, że wycinek pobrany był z niewłaściwego miejsca i w dalszych badaniach stwierdzi się również obecność neurinomatu. Znajdowałoby to kliniczne uzasadnienie w nieustępliwości w szerzeniu się guza i w ścisłym jego związku z nerwami. Wobec niezakończenia badań histopatologicznych przedstawiam na razie wycięty guz i zdjęcie fotograficzne chorej (rys. 4).



Rys. 4.

Blizna pooperacyjna na udzie zaznaczona jest linią prostą. Przylegająca do niej z prawej strony plama jest rzutem powierzchownie leżącego w tym miejscu odcinka guza. Wielka dwujęzyczna plama jest rzutem guza leżącego w okolicy dołu podkolanowego i podudzia powierzchownie i dającego się łatwo wyczuć; to samo dotyczy plamki w dolnym odcinku podudzia. Zwykłymi metodami klinicznego badania nie udało się dokładnie określić granic guza, podczas operacji bowiem stwierdzono, że sięga on niemal do górnego końca blizny pooperacyjnej.

Po zakończeniu badań i leczenia prawdopodobnie ogłosimy przypadek w osobnej pracy.

Dyskusja:

Dr Manteuffel: Złośliwe nerwiaki są wyjątkowo rzadkie; złośliwość może być bezwzględna

(przerzuty) lub względna (nawroty) — o ile nie można wykonać zabiegu radykalnego (odjęcie) — doprowadzają do zejścia śmiertelnego. W ciągu 6 lat *M.* zebrał 12 przyp. nerwiaków mięsakowych; stoją one na pograniczu nowotworów złośliwych i łagodnych: przy utkaniu o charakterze wysoce złośliwym nie dają przerzutów. W jednym przyp. guza pośladka, pomimo zabiegu radykalnego (amputatio interileo-abdominalis) chora zginęła. Guzy te są odporne na aktinoterapię: rad nie daje żadnego wyniku.

Doc Szerszyński ma zastrzeżenia co do niezłośliwości neurinomatów — nie należy ich traktować jako guzy łagodne — zaleca się zabieg doszczętny.

Dr D. Szenkier:

W SPRAWIE UWIDOCZNIANIA KAMIENI PĘCHERZA MOCZOWEGO.

(str. własne)

Kamienie nerkowe na zdjęciu rentgenowskim uwidoczniają się bardzo łatwo. Odsetek nieuwidocznionych kamyków, ostatnio, dzięki doskonałej aparaturze, technice i w dużej mierze dzięki przesłonie „Bucky" — zmalał do minimum. Natomiast uwidocznienie kamieni pęcherza moczowego jest nadal poważnym zagadnieniem.



Rys. 5 a — c.

Skośne zdjęcia, wypełnienie pęcherza powietrzem lub płynem cieniującym tylko częściowo rozwiązuje tę sprawę. Ostatnio zaproponowana kombinowana metoda (powietrze plus mała ilość 20% tenebrylu lub 5% collargolu) znacznie ulepsza wyniki zdjęcia okolicy pęcherza moczowego. Obrazują to rentgenogramy (rys. 5a — c), z których *a* został wykonany w sposób zwykły, *b* — po wypełnieniu pęcherza powietrzem, a *c* — po wypełnieniu powietrzem wraz z 20% tenebrylem.

Dyskusja:

Doc. Szerszyński: Uwidocznienie na rntg. kamieni nerkowych, miedniczkowych i moczowodowych daje około 8% zawodów; kamienie pęcherzowe nie łatwo uwidocznić. Wielkość kamieni ustalona za pomocą rentgenografii nie zawsze odpowiada wielkości stwierdzonej przez chirurga, a przecież wielkość ich stawia wskazanie do zabiegu. Kamyk widoczny na kliszy jako ziarnko grochu, może w rzeczywistości być wielkości migdała (widoczne jest tylko jego jądro) i wobec tego nie może on odejść samoistnie.

Sekretarz: Prezes Tow. Chir. Warsz.:

Dr S. Tokarski *Doc. J. Mossakowski*

OD REDAKCJI.

W odpowiedzi na listowne zapytywania Redakcja komunikuje, iż „Chirurg Polski" ukazuje się obecnie w końcu, a nawet w pierwszych dniach następnego miesiąca — główną przyczyną tych opóźnień jest drukowanie bieżących sprawozdań z posiedzeń klinicznych Warsz. Tow. Chirurg., które odbywają się zawsze w drugiej połowie miesiąca. Te nieznaczne opóźnienia nie spowodują jednak zmniejszenia rocznej ilości (12) N-rów „Chirurga"

Redakcja.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Prace nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów itd. powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Koszty sporządzenia klisz ponosi wydawnictwo. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 nadbitek pracy, w formacie zeszytu pisma; życzący sobie otrzymać odbitki jednoszpaltowe, ponoszą koszty przełamania.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień patologii chirurgicznej, lecznictwa i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5—8 stronic druku.

Prace są grupowane w następujących działach głównych:

1. Prace oryginalne,
2. Kazuistyka,
3. Technika operacyjna.

Prócz tego pismo zawiera następujące rubryki:

1. Skrzynka świetlna,
2. Sprawozdania ze zjazdów i posiedzeń,
3. Kronika — wiadomości obchodzące ogół chirurgów: z uniwersytetów, szpitali, mianowania, stypendia, konkursy itp.

W „Skrzynce świetlnej" są zamieszczane rentgenogramy lub fotografie przypadków pouczających wraz z krótkim, treściwym opisem historii choroby, przebiegu i sposobu leczenia, techniki operacyjnej itp.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek bibliograficzny — „Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne" — ułożony działami spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie ukazały się w ubiegłym kwartale w polskich czasopismach lekarskich.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Cena pojedyńczego zeszytu 2 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RÉCEUIL DE FAITS

ROK III. Nr. 6

CZERWIEC 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, CZERWIEC 1938 R. Nr 6

Z I Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. P. w Warszawie
Kierownik: *Prof. Zygmunt Radliński*
i
z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie
Kierownik: *dr Tadeusz Sokołowski.*

Leczenie zastarzałych źle zrośniętych złamań trzonu kości udowej

podał

Bolesław Markowski.

Zejściem nieleczonego lub źle leczonego złamania trzonu kości udowej jest zazwyczaj zrost w wadliwym ustawieniu odłamków lub staw rzekomy. W wypadku wadliwego zrostu spostrzegamy duże różnice ustawienia odłamków, w zależności od rodzaju złamania oraz okolicy, w której nastąpiło złamanie.

W źle zrośniętych złamaniach przemieszczenie występuje albo głównie na długość — wówczas dominuje skrócenie kończyny, albo przemieszczenie kątowe, mamy wtedy znaczne skrzywienie osi. W przypadkach skrócenia w złamaniach poprzecznych spostrzegamy, rzecz prosta, jednocześnie przemieszczenie o całą szerokość trzonu, inaczej bowiem nie mogłoby nastąpić skrócenie rzeczywiste.

W złamaniach k. udowej różnice ustawienia odłamków są spowodowane odmiennym działaniem grup mięśniowych na poszczególne odłamki w zależności od przypadku.

W złamaniach górnej ⅓ części trzonu k. udowej odłam dośrodkowy ustawia się w odwiedzeniu, zgięciu w stawie biodrowym i skręceniu w bok pod wpływem mięśni zginających udo (ilio-psoas), odwodzących (gluteus medius et minimus) i skręcających w bok (quadriceps femoris, piriformis, obturator internus et externus, gemelli, gluteus maximus). Odłam obwodowy poddaje się działaniu mięśni przywodzących (m. m. adductores). Utrwalone więc przemieszczenie górnej części trzonu k. udowej spowoduje, prócz skrócenia, ustawienie kątowe odłamków pod kątem otwartym do środka i do tyłu. Im niżej występuje złamanie, tym mniej jest zaznaczone tego rodzaju przemieszczenie.

W złamaniach środkowej części trzonu (najczęściej poprzecznych) na pierwszy plan występuje skrócenie; przemieszczenie kątowe jest zaznaczone mniej lub więcej, w zależności od wysokości złamania.

W złamaniach dolnej części trzonu stosunki zmieniają się wybitnie. Odłam górny ulega zgięciu ku przodowi i przywiedzeniu pod wpływem m. lędźwiowo - biodrowego oraz mięśni przywodzących, odłam obwodowy natomiast ulega przesunięciu ku tyłowi (działanie mięśni podudzia) i ustawia się koślawo dzięki pociąganiu przez mięsień dwugłowy uda. Utrwalone złamanie dolnej części uda wykazuje więc skrócenie, przemieszczenie dolnego odłamka do tyłu i koślawość.

Oczywiście opisane typy przemieszczeń nie są stałe, wchodzą tu bowiem w grę, poza działaniem mięśni: rodzaj i kierunek siły urazu, przebieg linii złamania (poprzeczne, skośne, strzaskanie kości), dające przemieszczenia atypowe. Jeżeli przemieszczenie odłamków ulega utrwaleniu, wówczas prócz następstw bezpośrednich obrażeń, oraz późnych następstw, jakie spotykamy w złamaniach uda w ogóle (nawet dobrze wyleczonych), spostrzegamy jeszcze zmiany anatomiczne oraz wybitne zaburzenia czynności kończyny. Stan taki ujmujemy jako *zastarzałe źle zrośnięte złamanie k. udowej.*

Skrócenie u dorosłych 2 — 3 cm., a u dzieci nawet do 5 cm. *(Radliński, Ombrédanne)* mogą ulec wyrównaniu drogą statyczną (opuszczenie miednicy, wygięcie kręgosłupa) oraz wyrównawczymi procesami wzrostu u dzieci. Znacznego jednak stopnia skrócenia powodują zaburzenia statyki, upośledzając czynność, oraz wpływają na powstawanie nieprawidłowych ustawień statycznych i ruchów stawowych.

Dużego stopnia skrzywienie osi uda powoduje zaburzenia czynności, przemieszczając pole ruchów stawu kolanowego, biodrowego i skokowego. Gdy wskutek zgięcia osi kości udowej następuje skośne ustawienie powierzchni stawowej stawów obwodowych i dochodzi do nierównomiernego obarczania odcinków stawów, powstaje także nierównomierne obarczanie chrząstki przynasadowej. Szczególnie ważną rolę odgrywa ten stan u osób w okresie wzrostu. W obarczonym nadmiernie odcinku powstaje zahamowanie wzrostu, co doprowadza do jeszcze bardziej nieprawidłowego ustawienia powierzchni stawowych.

Skośne ustawienie powierzchni stawowych w stawie kolanowym i skokowym doprowadzić może nawet do przemieszczeń powierzchni — nadwichnięć, oraz do przewlekłych zmian stawowych. Jako późne następstwa zmian stawowych spostrzegamy w źle zrośniętych złamaniach k. udowej pes equino - varus (valgus). Obciążanie kończyny bywa, nawet w wypadku mocnego zrostu, bolesne i utrudnione, doprowadzając do zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów stawowych.

Według *Leśniowskiego* wadliwy zrost powstaje, jeżeli:

1) złamanie kości za późno dostało się do leczenia,
2) przeciwdziałanie wadliwemu ustawieniu odłamów napotkało na nieprzezwyciężone trudności,
3) leczenie było wadliwe,

innymi słowy, gdy nie zostały wypełnione warunki konieczne do osiągnięcia wyleczenia, tj. gdy nie nastąpiło dokładne ustawienie odłamów i unieruchomienie w dobrym ustawieniu aż do chwili zrostu.

Ustawienie odłamów trzonu k. udowej może napotkać na duże trudności, spowodowane działaniem silnych grup mięśniowych uda. W każdym razie, znając rodzaje przemieszczeń, można, przy doborze odpowiedniej metody, stosować sformułowaną przez *Kulenkampffa* zasadę: nadać odłamowi obwodowemu kierunek taki, w jakim ustawia się odłam dośrodkowy, czyli dostosować odłam obwodowy do dośrodkowego. Zrealizowanie tej zasady należało jeszcze do niedawna do zadań trudnych i niewdzięcznych. Wprowadzenie przez *Bardenheuera* różnokierunkowego wyciągu z przylepca poprawiło wyniki leczenia. *Zuppinger* uważając ułożenie wyprostne za niefizjologiczne opracował metodę leczenia wyciągowego w ułożeniu pośrednim.

Jakkolwiek wyciąg plastrowy wpłynął dodatnio na leczenie, nie zdołał jednak rozwiązać sprawy całkowicie, i dopiero zastosowanie wyciągu bezpośredniego wprowadziło leczenie złamań trzonu k. udowej na właściwe tory.

Rozwój metody bezpośredniego wyciągu za kość zawdzięczamy pracom *Malgaigne'a* (około 1860 r.), *Heinekego* (1900 r.), *Codivilli* (1903 r.), *Steinmanna* (1907 r.), *Klappa* (1913 r.), *Kirschnera* (1927 r.). Ostatnie prace w tej dziedzinie *(Böhler, Clavelin, Grobelski, Wojciechowski* i inni) dowodzą, że bezpośredni wyciąg za trzon k. udowej jest leczeniem najodpowiedniejszym.

Z doświadczeń Instytutu Chirurgii Urazowej (prace *Skorki, Szulca, Wagnera)* wynika,że w leczeniu świeżych złamań k. udowej bezpośredni wyciąg drutem przez kłykcie k. udowej w ustawieniu kończyny na szynie pionowej, oraz odprowadzenie przemieszczeń ręczne na wyciągu, a odchyleń kątowych za pomocą pelot — jest metodą niezawodną. Wyciąg plastrowy ma zastosowanie tylko u dzieci do lat 5-ciu. Wszystkie inne dotychczasowe metody: wyciągi plastrowe u dorosłych w ułożeniu na szynie prostej czy nawet półzgiętej, opatrunki gipsowe, wyciąg za k. piętową itp. nie spełniały należycie zadania, doprowadzając do zrostu w wadliwym ustawieniu odłamków i dając stany o wiele trudniejsze do wyleczenia niż świeże złamania.

W leczeniu źle zrośniętych, zastarzałych złamań trzonu k. udowej stosowano szereg metod. Zdaniem *Böhlera* przypadek złamania k. udowej ze skrzywieniem osi, skręceniem lub skróceniem ponad 3 cm., upośledza używalność kończyny i kwalifikuje się do wtórnej repozycji. W ciągu pierwszych 3-ch miesięcy można zawsze złamać ponownie kość bezkrwawo na klinie lub za pomocą osteoklastu Schultzego czy Phelps - Gochta. Przy mocnej kostninie radzi przeciąć kość skośnie dłutem, poczem nałożyć wyciąg za pomocą gwoździa, klamry lub drutu przewierconego poprzez kłykcie k. udowej. W razie braku styku odłamów *Böhler* stosuje zabieg operacyjny, polegający na odsłonięciu odłamków z bocznego cięcia, odświeżeniu ich, nadaniu im kształtu schodków i po przewierceniu ich wiertnikiem zespala okrężnie odłamki drutem, przeprowadzonym uprzednio przez otwory w obu odłamach. Zabieg ten radzi wykonywać na aparacie wyciągowym śrubowym, a po zabiegu nałożyć spodnie gipsowe i pałąk marszowy na 8 — 12 tygodni. W razie odpowiednich wskazań stosuje dodatkowo zabieg Becka, tj. wiercenie odłamów.

Clavelin, Ombrédanne, Mathieu twierdzą, że skrócenie nawet do 6 cm. w przypadkach niezbyt zastarzałych, daje się wyrównać za pomocą wyciągu na aparacie ortopedycznym. Za najskuteczniejszy uważają wyciąg za pomocą gwoździa lub drutu przeprowadzonego poprzez kłykcie k. udowej. Reponować należy powoli, gdyż wyciąg forsowany może doprowadzić do nagłego rozerwania skróconych mięśni, naczyń i nerwów oraz do śmiertelnego nawet wstrząsu. W zniekształceniach kątowych wymienieni autorzy stosują osteotomię, a następnie ustalają odłamy płytkami Shermanna na kilka śrubek, kołkując prócz tego odłamki przeszczepem autoplastycznym, wprowadzonym do jam szpikowych odłamków. Po zabiegu nakładają wyciąg.

Grobelski, przedstawiając stanowisko Kliniki Ortopedycznej U. P., podaje, że złamania zrośnięte w złym ustawieniu odłamów, utrudniające lub uniemożliwiające używanie kończyny, wymagają leczenia operacyjnego. Zabieg polega w tych razach na rozklinowaniu krwawym odłamów i ustaleniu ich w prawidłowym ustawieniu.

Wzłamaniach nie wykazujących po osteotomii skłonności do wtórnego przemieszczenia poprzestawano na zahaczeniu odłamków i ułożeniu kończyny w gipsie. W razie niemożności wklinowania autor uważa za odpowiednie zeszycie mocnym je-

dwabiem ewentualnie grubymi strunami przez przewiercone poprzednio kanały w odłamach. Mniej odpowiednim choć trwalszym jest drut, który jednak może wywołać resorbcję kości. Płytki metalowe uważa autor za materiał dobry, pierwszeństwo jednak ma przeszczep kostny. Według *Grobelskiego* kołkowanie przeszczepem jest sposobem z wyboru w leczeniu stawów rzekomych k. udowej. Po zespoleniu krwawym poleca opatrunek gipsowy, który zdaniem autora daje pewniejsze unieruchomienie aniżeli wyciąg.

W leczeniu zastarzałych złamań k. udowej *Lambotte* wprowadził specjalny aparat z zapadką o dużej sile wyciągowej. Aparatem tym rozklinowuje bezkrwawo odłamy.

Niektóre z wymienionych metod stosowaliśmy początkowo w Instytucie Chirurgii Urazowej. Nie zupełnie jednak zadawalniające wyniki leczenia skłoniły nas do wprowadzenia własnego postępowania. Obecne stanowisko Instytutu Chirurgii Urazowej w leczeniu zastarzałych źle zrośniętych złamań k. udowej przedstawia się następująco:

W przypadkach skrócenia, u dorosłych do 3 cm, a u dzieci do 5 cm przy dobrej czynności kończyny, bez przemieszczenia kątowego nie ingerujemy, natomiast skrócenia większe, a w szczególności połączone ze zniekształceniem kątowym, kwalifikujemy do zabiegu. W przypadkach zrostów słabych, stosunkowo świeżych, pozwalających na rozsunięcie odłamów metodą bezkrwawą, stosujemy wyciąg bezpośredni drutem Kirschnera poprzez kłykcie k. udowej. Jeżeli wyciąg doprowadzi do rozklinowania i przerwania zrostu, dalsze postępowanie w niczym nie różni się od leczenia złamań świeżych, a więc ułożenie chorej kończyny na szynie pionowej, usunięcie kątowych przemieszczeń ręcznie pod kontrolą rentgenowską i utrzymanie prawidłowego ustawienia odłamów czy to za pomocą pelot wmontowanych do szyny, czy mankietów gipsowych. Okres po złamaniu, w których możemy jeszcze osiągnąć repozycję sposobem bezkrwawym, jest uzależniony od wieku, budowy chorego i zdolności regeneracyjnych tkanki kostnej. W pewnym przybliżeniu za graniczny uważamy czas, w którym następuje konsolidacja w złamaniach świeżych przy prawidłowym ustawieniu odłamków. Dla dzieci więc okres maksymalny, w którym możemy jeszcze myśleć o bezkrwawej próbie repozycji wynosi około 4-ch tygodni, dla dorosłych 8 — do 10 tygodni od chwili złamania. Utrzymujemy kończynę na wyciągu przed właściwą próbą repozycji przez kilka dni w celu stopniowego przygotowania tkanek. Siłę wyciągową stosujemy znacznie większą niż w złamaniach świeżych, gdyż mamy do pokonania oprócz świeżej blizny kostnej, opór zbliznowaciałych i skurczonych mięśni. Po kilku dniach przy próbie repozycji zwiększamy wyciąg, po czym rozklinowujemy ostatecznie odłamki ręcznie i nastawiamy je również ręcznie pod kontrolą rentgenowską. Po sprawdzeniu nastawienia zaklinowujemy odłamki zmniejszeniem wyciągu. Unikamy jednorazowych wyciągów krótkotrwałych o dużej sile ze względu na możliwość uszkodzenia naczyń i nerwów.

Jeżeli próby repozycji bezkrwawej dają wynik ujemny, kwalifikujemy chorego do zabiegu operacyjnego. Cieciem wzdłuż bocznej strony uda przecinamy skórę i powięź, po czym po odsunięciu głowy bocznej mięśnia czterogłowego uda odsłaniamy k. udową. Posuwanie się wzdłuż odłamu ułatwia dojście do zrostu i zorientowanie się w stosunkach w obrębie złamania. Przecinamy bliznę kostną, usuwając tę tylko jej część, która przeszkadza do prawidłowego ustawienia odłamów. Odświeżamy brzegi odłamów kleszczami, o-

strą łyżką lub dłutem i ustawiamy odłamy prawidłowo. Szwów kostnych nie nakładamy, odłamów nie wyszkieletowujemy. Zeszywamy powięź i skórę szczelnie, dalsze postępowanie, jak w złamaniach świeżych. Na wyciągu i szynie pionowej trzymamy kończynę do czasu zupełnej konsolidacji złamania, stosując uruchamianie stawów nogi. Unoszenie samodzielne całej kończyny upoważnia do zdjęcia wyciągu (mniej więcej 7. — 10. tydzień). Obciążanie następuje najwcześniej po 12-tu tygodniach. Od chwili osiągnięcia konsolidacji rozpoczynamy leczenie fizykalne stawów i mięśni (gimnastyka, masaż, kąpiele). Podczas leczenia usilnie staramy się (dokładna kontrola rentgenowska) o utrzymanie prawidłowej adaptacji odłamów. Złamania poprzeczne, ze znacznym przemieszczeniem trzymamy w unieruchomieniu dłużej niż skośne, w których okostna i części miękkie mniej ucierpiały.

Na wybór naszej metody wpłynęły wyniki spostrzeżeń nad regeneracją tkanki kostnej. Jak wynika z prac *Ambrosa* poglądy na sprawę regeneracji były bardzo rozbieżne. Do wieku XVIII panował pogląd *Galena,* że zrost odłamów kostnych następuje dzięki wydzielaniu przez kość swoistego soku, „succus ossificus", który sztywniejąc utrzymuje odłamy. Pierwszy *Duhamel* na podstawie badań złamań kości zwierząt podaje, że w tworzeniu blizny kostnej bierze udział okostna i szpik kostny. *Heines* stwierdził, że w procesie gojenia się kości współuczestniczą wszystkie jej części składowe, a więc okostna, kość, szpik kostny. Otaczające części miękkie — mięśnie i tkanka łączna mogą również brać udział w odnowie drogą przemiany pośredniej, tworząc tzw. callus paraostalis. Okostna tworzy bliznę kostną zewnętrzną — callus periostalis. Istota zbita kości, a właściwie tkanka wyściełająca kanały Hawersa i kanał szpikowy powoduje powstanie callus intermedialis. Szpik kostny tworzy bliznę wewnętrzną, callus endostalis. Prace *Heinesa* zapoczątkowały badanie w kierunku rozwiązania zagadnienia, która z warstw kości posiada największe zdolności kościotwórcze. Rozwiązanie tego zagadnienia pozwoliłoby na wyciągnięcie wniosków praktycznych dla leczenia złamań.

Zauważono, że przy regeneracji kości powtarzają się prawie wszystkie fazy ontogenezy. *Rokitansky* podniósł jednak, że w odnowie kości na plan pierwszy wybijają się raczej znamiona zapalne pod postacią przekrwienia, obrzęku, wysięku i wywędrowywania stałych składników komórkowych. *Ollier,* opierając się na dużym materiale doświadczalnym, przypisuje dominującą rolę w procesach kościotwórczych okostnej i to jej warstwie wewnętrznej — fibroelastica - cambium. Szpik kostny i śródkoście grają mniejszą rolę. *Lexer* podał „teorię mechaniczną regeneracji", która wyjaśnia dominującą rolę okostnej spostrzeżeniem, że posiada ona najlepszy ze wszystkich warstw kości aparat naczyniowo - odżywczy, któremu przypisuje się główną rolę w odnowie kości. *Brandt* uzasadnił słuszność teorii *Lexera* doświadczeniem praktycznym, a mianowicie: tak zwana wczesna resekcja podokostnowa, czy usunięcie martwaka w trzonie kości z pozostawieniem płaszcza okostnowego doprowadza zwykle do odnowy ubytku kostnego, dzięki niewątpliwie kościotwórczej czynności okostnej.

Lexer odrzuca stanowczo możliwość metaplazji tkanki łącznej otoczenia przy wypełnianiu ubytku. Temu poglądowi przeciwstawili się *Leriche* i *Policard,* wedle których okostna jest zwykłą błoną łącznotkankową pozbawioną właściwości kościotwórczych, które nabywa dopiero po przeobrażeniu się pod wpływem bodźców w tkankę zarodkową. Wylew krwawy w miejscu złamania jest podłożem tworzenia

się, drogą organizacji, blizny łącznotkankowej. Pogląd ten podważa doniosłość znaczenia kościotwórczego okostnej.

Rhode stoi na zupełnie innym stanowisku, twierdząc, że tylko komórki kościotwórcze okostnej i szpiku są zdolne do wytworzenia kostniny po ukończonym okresie rozwoju narządów i tkanek. Kostnienie miękich tkanek tłumaczy obecnością pozostałych komórek mezenchymalnych, które przez bodźce urazowe przekształcają się w tkankę kostną.

„Teoria biologiczna" *Biera* główną rolą w odnowie tkanki przypisuje bodźcom wychodzącym ze szpiku. Według tego autora okostna, śródokostna i szpik, a nawet istota zbita, tworząc jednolitą jednostkę biologiczną, biorą w równej mierze udział w procesach regeneracyjnych, na skutek prawidłowych bodźców hormonalnych szpiku. Nieprawidłowe bodźce, powstające na skutek rozległych uszkodzeń naczyń, lub zakażeń powodują powstanie tzw. „kostniny niecelowej" w postaci nadmiernych zgrubień i wyrośli. Szkoła *Biera* wbrew teorii *Lexera, Wehnera, Partscha, Rhodego, Kocha* i innych, którzy, jako klasyczny dowód dominującej roli okostnej, przedstawiają regeneracje po podokostnowym wycięciu trzonu, powołuje się na spostrzeżenia w leczeniu stawów rzekomych: tutaj odłamy kostne są zawsze pokryte blizną, zamykającą kanał szpikowy; po operacyjnym odświeżeniu odłamów i otwarciu kanału szpikowego udaje się otrzymać zrost kostny. Na tym spostrzeżeniu oparł się *Matti* w leczeniu stawów rzekomych.

Martin, Raszeja uważają, że błędem jest przypisywanie wyłącznego znaczenia dla odnowy jednej z warstw kostnych. Wszystkie warstwy według tych autorów biorą wspólny udział w regeneracji, jedynie ze względu na różny rodzaj ukrwienia mogą występować różnice w ich udziale.

Raszeja twierdzi nawet, że rola wszystkich warst wzajemnie się uzupełnia w tym sensie, że okostna wytwarza silne zespolenie odłamów, a szpik i śródkostna modelują kostninę i przystosowują ją pod względem architektonicznym i statycznym do wymagań czynnościowych.

Praktycznym wnioskiem wynikającym z przeglądu tych teoryj jest konieczność oszczędnego traktowania *wszystkich* warstw.

W naszej metodzie wycinamy tylko tę część kostniny, która uniemożliwia repozycję. To oszczędne traktowanie kostniny ma na celu jak najmniejsze uszkodzenie części miękkich i płaszcza okostnowego, którego zniszczenie upośledza a nawet uniemożliwia wytworzenie się blizny kostnej odokostnowej. Jak wiadomo z obserwacji zjawisk regeneracji tkanki kostnej, najsilniej łączy odłamy kostne właśnie blizna odokostnowa. Bez tej blizny pozostałby wprawdzie callus endostalis, ale, jak wykazują badania *Biera* i spostrzeżenia codzienne, kostnina ta nie jest w stanie zespolić odłamów dość silnie, a znaczenie szpiku polega głównie na współpracy i udzielaniu bodźców do procesów odmowy kostnej.

Usilne starania o prawidłowe ustawienie odłamów mają za zadanie ułatwienie odnowy. Udział szpiku kostnego i okostnej w tworzeniu się kostniny będzie w razie przesunięcia się odłamów mniej wydatny, aniżeli w razie dokładnego przylegania powierzchni złamania. Dłuższe unieruchomienie po nastawieniu zastarzałych złamań poprzecznych ze znacznym przesunięciem odłamków jest usprawiedliwione faktem równoczesnego znacznego zniszczenia okostnej i naczyń odżywczych, które odgrywają ważną rolę w odnowie tkanki kostnej.

Zasadniczą różnicą stanowiska Instytutu Chirurgii Urazowej i metod innych autorów jest zaniechanie szycia czy zespalań kości udowej obcym materiałem. Na sta-

nowisko to wpłynęły wyniki badań, jak również spostrzeżenia własne nad wpływem obcego materiału do zespalania czy szwu kostnego.

Zespalanie odłamków metalami (blaszki, płytki, wstążki, drut, śruby itd.) wprowadzili *Lane, Lambotte, Tuffier, Putti, Parham* i inni. *Zielke, Orell, Zierold* i inni wykazali, że prawie wszystkie metale wywierają niekorzystny wpływ na sprawy odnowy i gojenie się tkanki kostnej. Z polskich autorów *T. Ostrowski* pogłębił temat, dokonując szeregu doświadczeń na złamanych i leczonych zespalaniem metalem kościach kończyn królików i na zasadzie oceny spostrzeżeń makroskopowych, rentgenologicznych i mikroskopowych doszedł do następujących wniosków:

1) proces kostnotwórczy w złamaniu kości dobrze ustalonym szwem metalowym i opatrunkiem gipsowym trwa dwa razy dłużej, lub nawet więcej, niż w złamaniach leczonych tylko ustaleniem w gipsie;
2) dodatkowym czynnikiem, wybitnie pogarszającym wpływ szwu metalowego, jest niedostateczne ustalenie złamanej kości; stąd wniosek praktyczny dłuższego trzymania kończyny ze złamaną kością w opatrunku ustalającym w przypadku szwu kostnego. Okoliczność ta wpływa również ujemnie na wynik czynnościowy kończyny, leczonej szwem metalowym;
3) badania mikroskopowe wykazują, że opóźnienie zrostu kostnego uwidacznia się jako nagromadzony w nadmiernej ilości w okolicy złamania materiał kostnotwórczy w postaci: obficie komórkowej kości gąbczastej pochodzenia okostnowego (cambium) i szpikowego (endostium), rozrzedzenia zbitej starej warstwy korowej kości i wybitnego jej odwapnienia;
4) w przypadkach znaczniejszych zaburzeń kostnotwórczych kości złamanej i zeszytej widzimy daleko posunięte zmiany utkania starej kości, tzw. „homogenizację”, przedstawiającą się jako zatarcie pierwotnych granic pomiędzy trzema warstwami kości;
5) natura chemiczna metalu użytego do zespolenia odłamów kości odgrywa pewną rolę: metale nieulegające utlenianiu i nietworzące źródła prądów elektrycznych wywierają mniej niekorzystny wpływ.

Doświadczenia własne Instytutu potwierdziły niekorzystny wpływ szycia na proces odnowy kości w postaci opóźniania zrostu i występowania wtórnych przemieszczeń. Należy wziąć również pod uwagę konieczność usuwania endoprotez, co naraża chorego na drugą operację i ewentualne jej skutki.

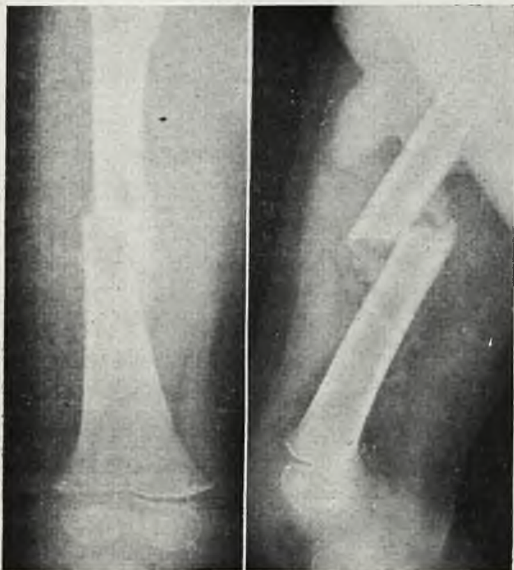
Zupełne zaniechanie opatrunków gipsowych, natomiast unieruchamianie wyciągiem bezpośrednim poprzez kłykcie kości udowej w ułożeniu chorej kończyny na szynie pionowej i przeciwdziałanie przemieszczeniom pelotami zostało uzasadnione doświadczeniami leczenia świeżych złamań k. udowej w Instytucie Chirurgii Urazowej *(Skorko, Szulc, Wagner)*. Wyniki uzyskane na dużym materiale chorych wykazują zalety tej metody.

Reasumując nasze stanowisko w leczeniu zastarzałych, źle zrośniętych złamań trzonu k. udowej, określić je można, jako repozycję bezkrwawą lub krwawą w zależności od przypadku, przy uwzględnieniu i uszanowaniu warunków fizjologicznych gojenia się złamań. Z chwilą osiągnięcia repozycji dalsze postępowanie w niczym nie odbiega od metod stosowanych w leczeniu świeżych złamań k. udowej.

W celu udokumentowania i zobrazowania wyników naszego postępowania przedstawiam 15 przypadków zastarzałych złamań k. udowej leczonych w ciągu 2½ lat w Instytucie Chirurgii Urazowej.

Przypadek 1.

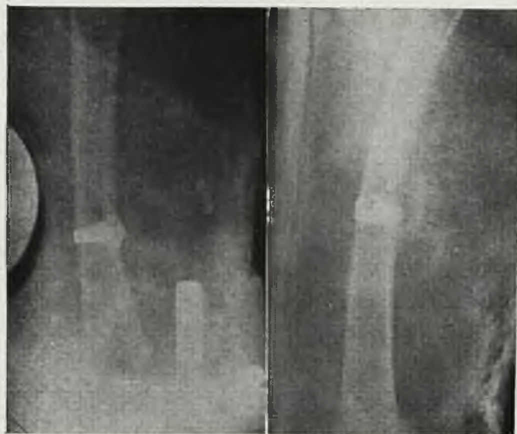
Chora G. H., lat 6. L. h. ch. 510/36. Przez dwadzieścia cztery dni leczona opatrunkiem gipsowym. Po tym czasie z powodu nieprawidłowego ustawienia odłamów, stwierdzonego rentgenolo-



gicznie, zdjęto gips i dokonano dnia 27.V operacyjnego nastawienia odłamków. Odświeżono brzegi odłamów i założono jedną okrężną taśmę metalową. Kończynę ułożono w opatrunku gipsowym.

3.VI Podepchnięto kość udową pelotą wmontowaną w okienko w gipsie.

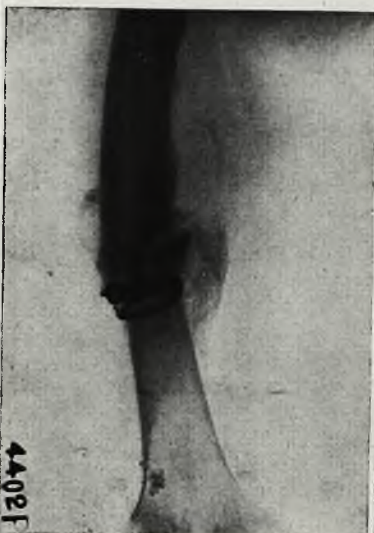
17.V Zmiana opatrunku. Nad lewym kolcem biodrowym odleżyna.

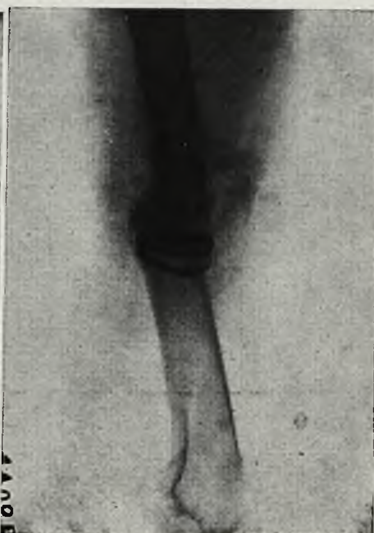


9.VII Kontrola wykazała dobre ustawienie odłamów. Klinicznie zrost sztywny. Ograniczenie ruchów w stawie kolanowym o charakterze przemijającym. Wypisana.

Przypadek 2.







Chory B. W. lat 22. L. h. ch. 929/36. Zgłosił się do Instytutu w pięć miesięcy po złamaniu uda. Leczony był przez sześć tygodni wyciągiem plastrowym, następnie przez siedem tygodni chodził w opatrunku gipsowym. Po zdjęciu gipsu okazało się, że kończyna jest skrócona, a przy chodzeniu odczuwa ból w biodrze i szybko się męczy. Objektywnie stwierdza się skrócenie kończyny o 5 cm., oraz wybitne zniekształcenie i zgrubienie po zewnętrznej stronie uda.

7.VIII Operacja: wyszkieletowano odłamy, usunięto bliznę kostną, wycięto schodki zazębiając je, odłamy zespolono dwiema taśmami metalowymi. Założono opatrunek gipsowy.

1.IX Zmiana gipsu na szczelny do chodzenia.
29.IX Zdjęto opatrunek gipsowy, wypisany do domu, klinicznie zrost sztywny.

17.X Chory chodzi bez opatrunku. Zauważył powtórne zniekształcenie uda. Przy chodzeniu odczuwa ból. Rentgenologicznie stwierdzono kątowe wygięcie uda w rzucie przednio tylnym w miejscu cerclage'u. Nałożono opatrunek gipsowy. Próba ręcznej repozycji dała wynik ujemny.

29.X Gips zdjęto, zrost mocny. Lekkiego stopnia wygięcie przednio tylne zostało. Wypisany z poleceniem dalszego leczenia fizykalnego.

Przypadek 3.

Chory J. N. lat 18. L. h. ch. 1364/36. Zgłosił się do Instytutu po 3 miesięcznym leczeniu w szpitalu powiatowym (wyciąg plastrowy). Rozpoznano stare źle zrośnięte złamanie kości udowej, skrzywienie miednicy, zniekształcenie osi uda (varus i antecurvatio). Rentgenologicznie: poprzeczne złamanie kości udowej prawej z utrwalonym przemieszczeniem odłamów.





1.XII Operacja: Odsłonięto miejsce złamania, rozdłutowano kostninę, wyszkieletowano odłamy, wycięto schodki na obu odłamach i po nastawieniu, zespolono odłamy dwiema taśmami stalowymi. Kończynę ułożono w opatrunku gipsowym.

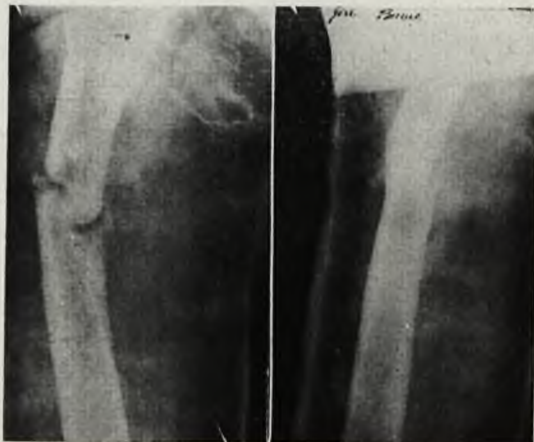
25.II Z powodu kilkakrotnych skrzywień osi w miejscu złamania usunięto taśmę zakładając bezpośredni wyciąg drutowy. Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje brak wyraźnego zrostu kostnego.

3.III. Zdjęto wyciąg, ustawienie odłamów dobre, zrost kostny wiotki.

4.IV: Założono wyciąg plastrowy.

22.IV Zdjęto wyciąg i nałożono gips na kończynę i miednicę, ale z powodu bolesności powtórnie założono wyciąg plastrowy.

25.VI Klinicznie i rentgenologicznie zrost dobry. Leczenie fizykalne. Wypisany.



Przypadek 4.

Chory Z. A. W. lat 10. L. h. ch. 1255/36. Przybył do Instytutu po 5 miesięcznym leczeniu na wsi. Klinicznie zrost silny. Ruchy w stawach bez ograniczeń. Stwierdzono zastarzałe źle zrośnięte złamanie kości udowej z kątowym przemieszczeniem odłamów w płaszczyźnie bocznej oraz skrócenie uda o 5 cm.



6.X Operacja: Rozdłutowano zrost. Odświeżono brzegi kostne. Wytrepanowano schodki w obu odłamach. Zespolono je taśmą metalową. Założono opatrunek gipsowy.

28.XI Przemieszczenie odłamów poprawiono zmianą ułożenia kończyny.

3.II Wypisany. Klinicznie zrost dobry, chodzi.

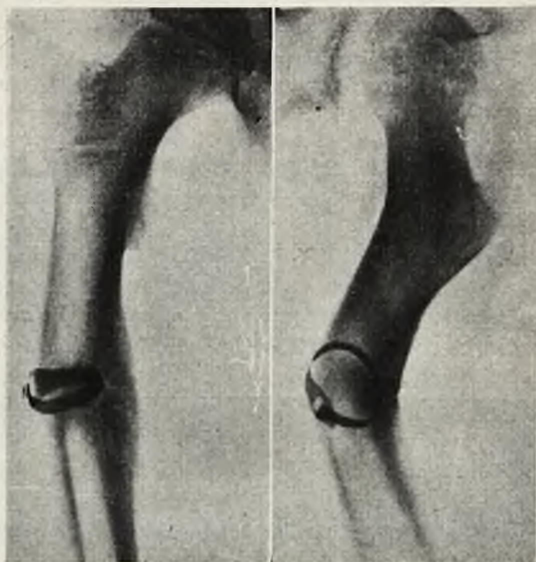
14.I. Chory zgłasza się powtórnie z powodu utykania przy chodzeniu. Stwierdzono skrócenie kończyny o 3 cm. Rentgenologicznie skrzywienie bocznej osi uda do kąta 40 stopni.

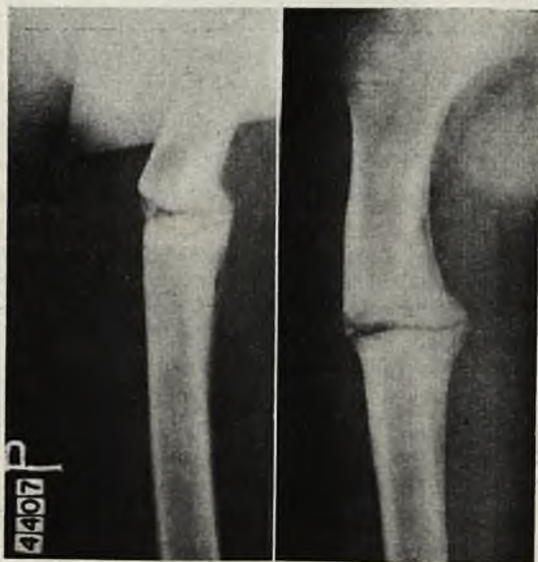
1.VI Operacja: wycięto bliznę, usunięto taśmę, wycięto osteotomem klin w miejscu złamania i nadłamano kość, doprowadzając odłamy do ustawienia prawidłowego. Założono wyciąg poprzez kłykcie kości udowej i ułożono kończynę na szynie pionowej.

18.VI Z powodu niespokojnego zachowania chorego na wyciągu założono opatrunek gipsowy.

8.VII. Zdjęto gips, rozpoczęto leczenie fizykalne.

23.VII. Zrost klinicznie i rentgenologicznie dobry. Skrócenie usunięto. Chory chodzi dobrze. Wypisany.



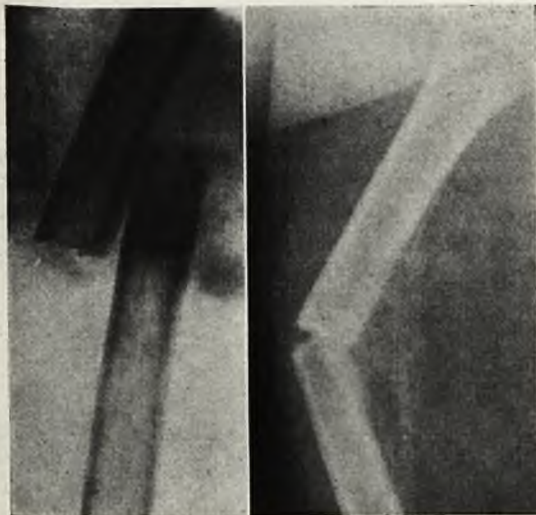


Przypadek 5.

Chora G. H. lat 13, L. h. ch. 1004/36. Zgłosiła się do Instytutu po uprzednim leczeniu w innym szpitalu za pomocą unieruchomienia w opatrunku gipsowym. Stwierdzono: poprzeczne złamanie trzonu kości udowej z utrwalonym przemieszczeniem odłamów.

29.VIII Zdjęto opatrunek gipsowy poczem w uśpieniu evipanowo-eterowym na stole ortopedycznym usiłowano bezkrwawo nastawić odłamy. Próba bezkrwawej repozycji dała wynik ujemny. Nałożono ponownie gips.

3.IX Krwawe nastawienie odłamów w okienku



gipsowym, odłamy nastawiono prawidłowo i zaklinowano. Okienko zamknięto watą i gipsem.

21.IX Kontrola rentg. wykazała skrzywienie osi. Wycięto klin w gipsie, poprawiono ustawienie odłamów pod ekranem i zagipsowano powtórnie. Kontrola wykazała poprawę ustawienia odłamów, ale ustawienie pozostało w dalszym ciągu niedostateczne.

29.IX Wycięcie klinu w gipsie poprawiło ustawienie.

2.X Zdjęto gips. Chora zaczyna chodzić.

20.X Kontrola rentg. wykazała kątowe ustawienie odłamów. Sforsowano złamanie, wyprosto-



wano oś kończyny oraz ustawiono ją w zgięciu w stawie biodrowym i kolanowym. Nałożono opatrunek gipsowy.

16.XI Zdjęto gips. Zrost silny. Skrzywienie osi nieco ku przodowi pozostało.

25.XI Zrost silny. Ruchy w stawie kolanowym wolne. Wypisana.

Przypadek 6.

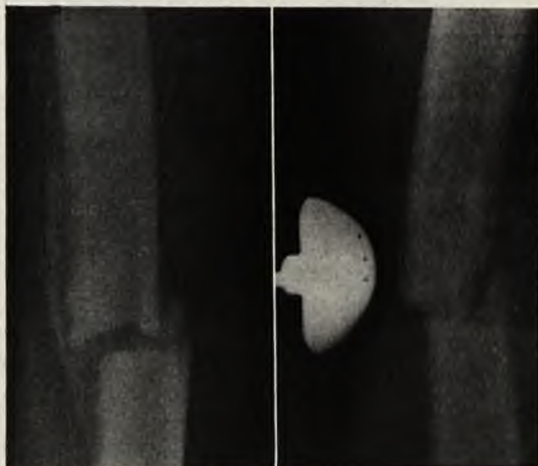
Chory S. Łuk. l. 16. L. p. rtg. 1442/37. Uległ wypadkowi, w czasie którego koło wozu przeszło mu przez lewe udo.

Leczony był przez 18 dni w szpitalu miejskim. Wyciąg plastrowy.

Stan kończyny w chwili przybycia do Instytutu w trzy tygodnie od wypadku: w połowie długości uda lewego deformacja w kształcie wygięcia kątowego ku przodowi i na zewnątrz znacznego stopnia. Skrócenie kończyny o 4 cm. Przy chodzeniu chory odczuwa bolesność w miejscu złamania. Rentgenologicznie: wadliwy zrost odłamów kostnych.

5.II na wyciągu drutowym za guzowatość kości piszczelowej dokonano krwawej repozycji z cięcia przedniego i zespolenia odłamów taśmą stalową. Nogę ułożono na szynie Brauna.

9.III Zdjęto taśmę pod narkozą. Wobec stwier-

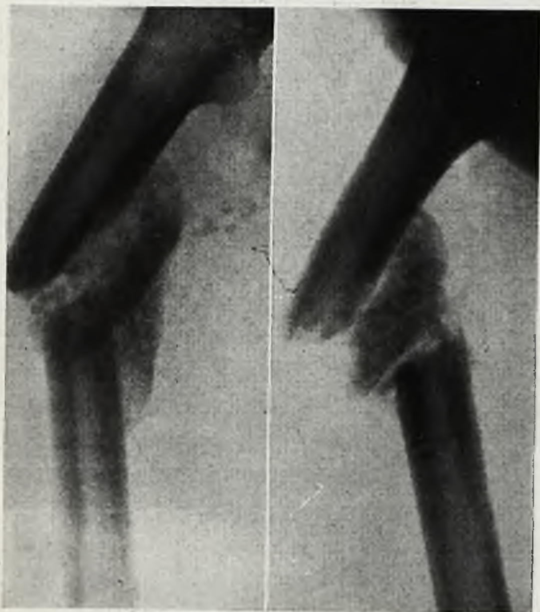


dzenia mocnego zrostu po 3 dniach zdjęto wyciąg i wkrótce przystąpiono do leczenia następowego masażem i ruchami czynnymi.

22.III Chory został wypisany jako wyleczony; klinicznie i rentgenologicznie zrost dobry, czynność kończyny dobra.

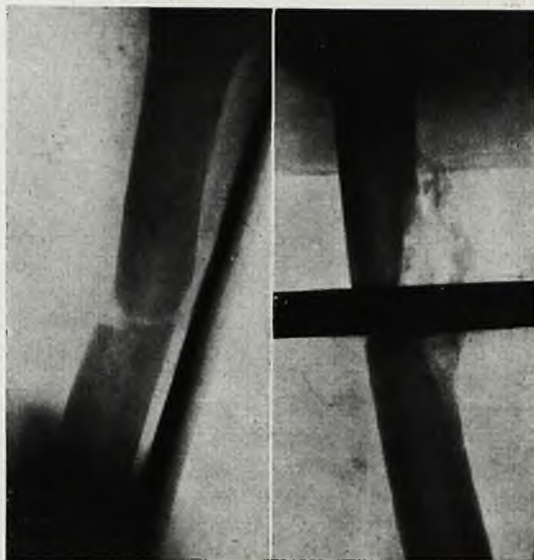
Przypadek 7.

Chora M. B. lat 29.L. h. ch. 78/37. Leczona przez 5 tygodni w szpitalu miejskim wyciągiem plasterowym; po tym czasie założono wyciąg drutowy.



Zgłosiła się do Instytutu w 3 miesiące po złamaniu kości udowej. Stwierdzono znaczne skrócenie kończyny oraz zniekształcenie osi uda w sensie wygięcia ku przodowi i w bok. Rentgenologicznie stwierdza się źle zrośnięte złamanie kości udowej. Odłamki zrośnięte obfitym wałem kostniny stykają się pod kątem około 130 stopni otwartym na wewnątrz. Widoczne zamknięcie kanałów szpikowych.

28.I Operacja: rozdłutowano odłamy. Częściowe usunięcie kostniny nie poprawiło ustawienia odłamów wobec czego, dla osiągnięcia repozycji wynikła konieczność rozległego usunięcia kostniny. Odświeżono odłamy i otworzono jamy szpikowe, ranę zaszyto. Kończynę ułożono na szynie



pionowej zakładając wyciąg na kłykcie kości udowej.

22.II Odłamki wykazują skłonność do przemieszczeń; nałożono peloty uciskające odłamy.

17.III Rentgenologicznie słabo ale wyraźnie zaznaczona kostnina w miejscu złamania. Odłamy ustawione prawidłowo.

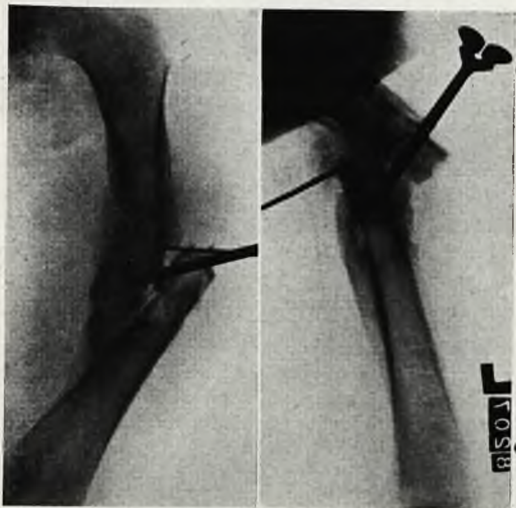
9.V Zrost występuje bardzo powoli. Ustawienie odłamów prawidłowe. Zmniejszono wyciąg. Chora pozostaje w dalszym ciągu w leczeniu.

Przypadek 8.

Chora A. G. L. h. ch. 1990/37, lat 5. Przez cztery miesiące leczona była w szpitalu powiatowym wyciągiem plastrowym poziomym. W chwili przewiezienia do Instytutu stwierdzono: Bladość, wyniszczenie ogólne. Skrócenie kończyny o 6 cm., skrzywienie uda (varus et antecurvatio). Przetoka ropna na bocznej stronie uda. Klinicznie zrost silny w wadliwym ustawieniu. Ruchy stawu kolanowego ograniczone. Na zdjęciu rentgenologicznym widać, poza przemieszczeniem, martwicę końców odłamów, zmiany zapalne trzonu i nawarstwienie okostnej, łączące mocną blizną okostnową odłamki kości udowej.

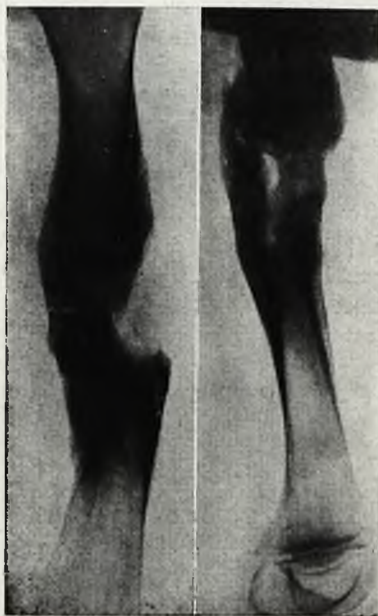
2.XII 37. Operacja: wycięcie tkanki bliznowatej, wycięcie końców odłamów oraz usunięcie wolnych martwaków. Złamanie mostu kostnego łączą-

cego odłamy. Repozycja. Zeszycie rany z pozostawieniem sączka. Na kończynę nałożono wyciąg plastrowy zenitowy.



16.XII Przetoka po sączku wygojona. Po chwilowych wahaniach temperatury (do 37,6), w pierwszych dniach po operacji dalszy przebieg bezgorączkowy.

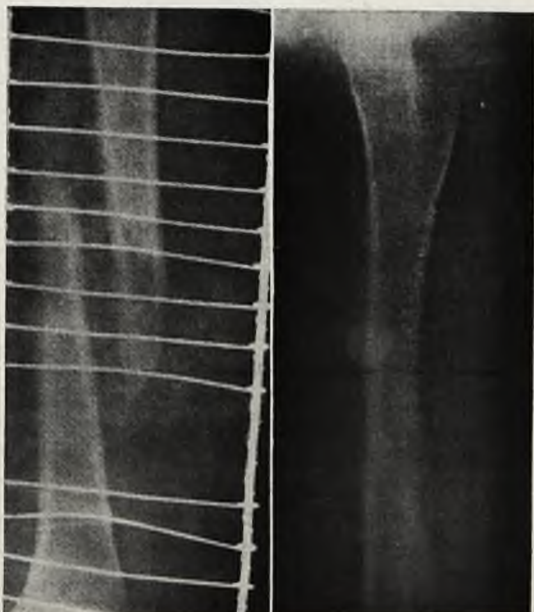
1.II Zrost kliniczny dobry. Rentgenologicznie wyraźna blizna odokostnowa i rozpoczynająca się przebudowa kości w sensie wyrównania trzonu oraz kanalizowanie blizny do jamy szpikowej.



1.III Chora chodzi dobrze. Kończyny jednakowej długości. Wypisana na dalsze leczenie do Rabki.

Przypadek 9.

Chory K. Lip. lat 7. L. h. ch. 64/XII 1937 uległ złamaniu prawego uda. Leczony w szpitalu sejmikowym wyciągiem plastrowym poziomym. Do Instytutu przybył dn. 21.I 1938 ze znacznym skróceniem kończyny i udem wygiętym na bok. Stwierdzono mocny zrost kości.





25.I w uśpieniu eterowym dokonano rozklinowania kości bezkrwawo i kończynę umieszczono na szynie pionowej z wyciągiem bezpośrednim za udo, obciążając początkowo 6 kg. później 9 kg.

26.I Rozciągnięcie odłamów dobre. Odłam centralny zbacza na zewnątrz, distalny ku wewnątrz. Założono wyciąg mankietowy na odłam distalny, pelotę na odłam centralny.

15.II Zmieniono wyciąg, przeprowadzając drut przez tuberositas tibiae.

24.II Usunięto wyciąg.

25.II. Zrost dobry. Usunięto szynę i rozpoczęto ruchy bierne i czynne oraz masaże.

3.III Chory wypisany. Zrost kończyny dobry, oś prawidłowa, kończyny równej długości.

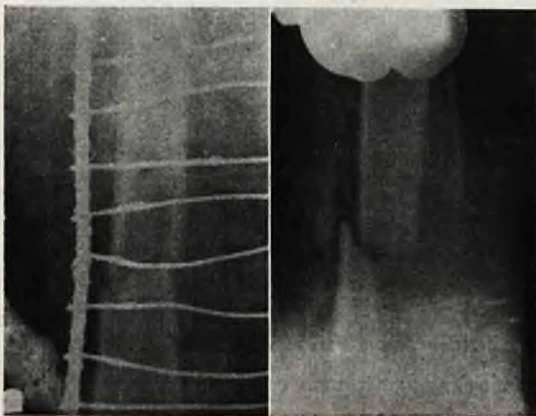
Przypadek 10.

Chory S. K. lat 10. L. h. ch. 879/37. Po 3 tygodniowym leczeniu przez felczera, który rozpoznał stłuczenie, chory zgłosił się do Instytutu. 28.VII stwierdzono złamanie ⅓ dolnej prawego



uda z odłamem pośrednim (z górnego odłamu), skrócenie o 5 cm. oraz ustawieniem koślawym w ⅓ dolnej uda. Rentg.: obfita kostnina w miejscu złamania. Klinicznie zrost sztywny, ograniczenie ruchomości w stawie kolanowym, chodzenie sprawia ból.

30.VII W uśpieniu eterowym na wyciągu, na szynie Brauna odsłonięto miejsce złamania, usunięto nadmiernie wybujałą kostninę, rozdłutowano odłamy, usunięto wolny odłam i zaklinowano koniec dośrodkowego odłamu do kanału szpikowego odłamka obwodowego. Ranę zeszyto szczelnie, powiększono wyciąg celem rozciągnięcia przykurczonych mięśni.



20.VIII Lekkie ropienie z rany pooperacyjnej. Z powodu niewielkiego odczynu w miejscu drutu, zdjęto wyciąg pozostawiając kończynę na szynie pionowej.

28.IX Klinicznie i rentgenologicznie zrost silny. Przetoka. Chory zabrany z Instytutu na żądanie ojca pomimo nie wygojonej przetoki.

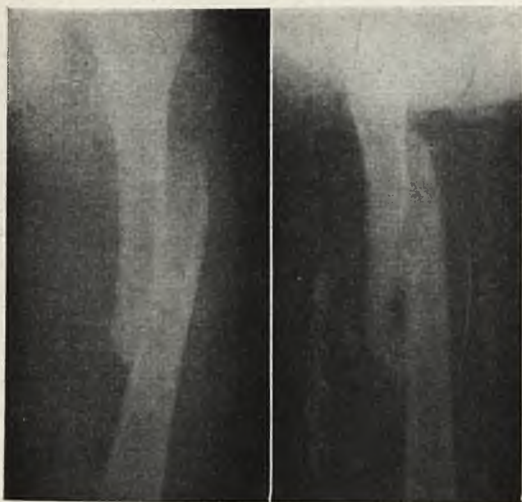
Przypadek 11.

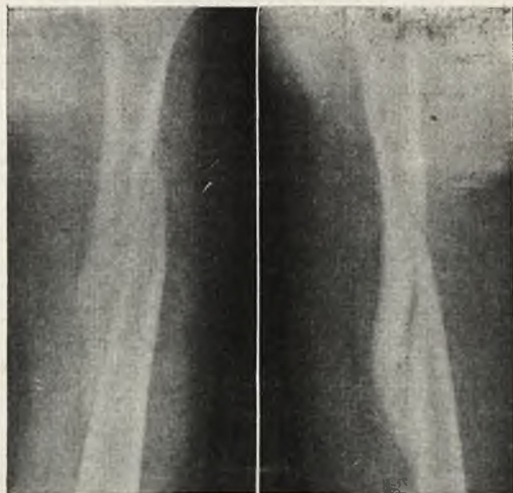
Chory H. Z. lat 14 L. h. ch. 46/38. Zgłosił się do Instytutu po 12-tygodniowym leczeniu w szpitalu powiatowym wyciągiem plastrowym na szynie Brauna. Stwierdzono źle zrośnięte zastarzałe złamanie kości udowej ze skróceniem o 6 cm. Chory pomimo wyrównawczego bocznego skrzywienia kręgosłupa upada na lewą nogę.

19.I Operacja: rozdłutowano odłamy, odświeżono odłamki i po prawidłowym ich ustawieniu zaszyto ranę. Kończynę ułożono na szynie pionowej zakładając wyciąg drutowy poprzez kłykcie kości udowej.

19.II Ustawienie odłamów prawidłowe. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

15.III Klinicznie i rentgenologicznie zrost dobry. Skrócenie usunięte. Chory chodzi dobrze. Wypisany.

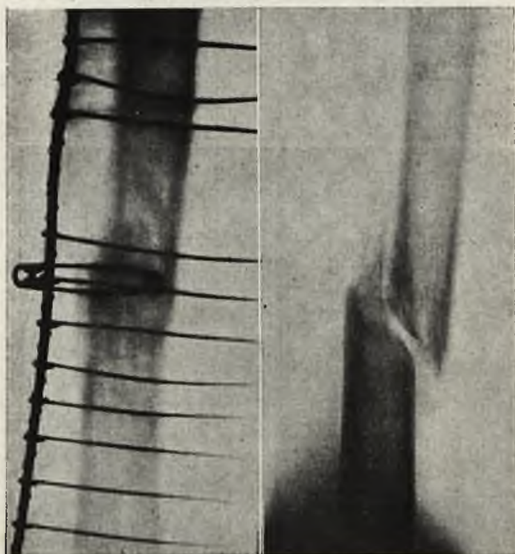




Przypadek 12.

Chory P. T. lat 13. L. h. ch. 1134/38. Przywieziony do Instytutu po 6 tygodniowym leczeniu w szpitalu powiatowym wyciągiem plastrowym w





ułożeniu półzgiętym kończyny. Stwierdzono złamanie trzonu kości udowej w jednej trzeciej dolnej uda z przemieszczeniem kątowym odłamów oraz skróceniem kończyny o 7 cm. Pomiędzy odłamami słabo rysująca się kostnina.

27.XI W narkozie chlorkiem etylu bezkrwawo rozklinowano odłamy, zreponowano je pod kontrolą rentgenowską i umieszczono kończynę na szynie pionowej.

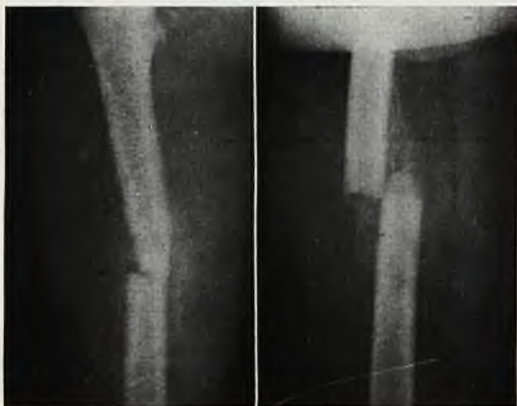
14.I Wypisany. Zrost kostny rentgenologicznie i klinicznie dobry.

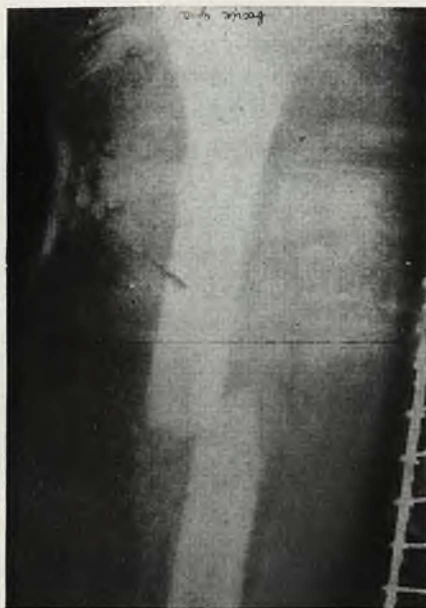
Przypadek 13.

Chory A. B. lat 13. L. h. ch. 479/38. Przybył do Instytutu leczony uprzednio przez 3 tygodnie w szpitalu powiatowym. Leczony wyciągiem bezpośrednim klamrą Schmerza nałożoną na kłykcie

kości udowej. Stwierdzono przednie skrzywienie osi uda oraz przemieszczenie odłamów o całą długość kości udowej. Naokoło złamania wyraźnie zarysowana kostnina.

25.V W uśpieniu chlorkiem etylu dokonano bezkrwawo rozklinowania odłamów i nastawienia. Odłamy zaklinowano. Z powodu odczynu zapalnego w miejscu nałożenia klamry Schmerza wynikła konieczność założenia drutu Kirschnera przez guzowatość kości piszczelowej. Ułożono kończynę na szynie pionowej.





1.VI Ustawienie odłamów poprawione. Chory pozostaje w dalszym ciągu w leczeniu w Instytucie.

Przypadek 14.



Chory J. S. lat 30. L. h. ch. 5656. W lutym 1937 r. uległ złamaniu trzonu kości udowej.

21.VIII zgłosił się do Instytutu o poradę. Kończyna chora krótsza o 6 cm. Przemieszczenie osiowe (antecurvatio et varus) stopa w ustawieniu końskim. Częściowy niedowład kończyny i zaburzenia czucia. Ruchy w stawie kolanowym wybitnie ograniczone. Leczony był w szpitalu powiatowym wyciągiem bezpośrednim za k. piętową w wyprostnym ułożeniu kończyny. Zalecono leczenie uzdrowiskowe.

Przypadek 15.

Przypadek obcy zgłoszony ambulatoryjnie.

Chory P. T. lat 40. Przypadek ambulatoryjny. Dziesięć miesięcy przed zgłoszeniem do Instytutu uległ złamaniu lewego uda. Leczony w szpitalu miejskim 7 tygodni wyciągiem plastrowym na

szynie Brauna. Potem unieruchomiono kończynę opatrunkiem gipsowym. Po zdjęciu gipsu wiotki zrost kostny leczono wstrzykiwaniem krwi w miejsce złamania i ponownie założono opatrunek gipsowy znów na 7 tygodni. Po tym czasie z powodu stwierdzenia wybitnego upośledzenia czynności kończyny dokonano zabiegu operacyjnego polegającego na rozdłutowaniu zrostu i zespoleniu odłamów drutem. Po operacji nogę włożono w opatrunek gipsowy na 12 tygodni. Obecnie stwierdzono skrócenie kończyny o 5½ cm. Zesztywnienie stawu kolanowego. Końskie ustawienie stopy. Chory chodzi o 2 kulach. Rentgenologicznie stwierdzono źle zrośnięte zastarzałe złamanie kości udowej ze skróceniem oraz przemieszczeniem odłamów w sensie wygięcia osi ku przodowi i w bok. W miejscu złamania widoczny drut okrężny okalający oba odłamy. Chory na zabieg powtórny nie zgadza się. Zalecono leczenie fizykalne.







Jak wynika z zestawienia stosowano początkowo w Instytucie zabiegi, polegające na rozdłutowaniu odłamów, usunięciu kostniny i nałożeniu taśmy na schodki wycięte w odłamach (przypadek 1, 2, 3 i 4). Mało zachęcający przebieg leczenia oraz jego wyniki zmusiły do zmiany metody. Przypadek 5 i 6 przedstawia metodę częściowo zmienioną.

W przypadkach 4*a*, 7, 8, 9, 10, 11, 12, i 13 zastosowano obecną metodę Instytutu: w 3-ch przypadkach dokonano zabiegu bezkrwawego, w 5-ciu operacji krwawych. We wszystkich przypadkach otrzymano wynik dobry w krótkim stosunkowo czasie leczenia. Opóźnienie zrostu w przypadku 7-ym tłumaczymy koniecznością usunięcia kostniny, do czego skłoniła nas chęć osiągnięcia idealnie anatomicznej adaptacji odłamków.

Szczególnie instruktywny jest przypadek 4 i 4*a*. Pierwotnie dokonane zespolenie taśmą wyciętych schodków oraz wyszkieletowanie odłamów dało wynik zły. Powtórny zabieg sposobem Instytutu dał wynik dobry po krótkim czasie leczenia.

ZESTAWIENIE

15 przypadków zastarzałych źle zrośniętych złamań trzonu k. udowej, leczonych w Inst. Chir. Uraz. w latach 1936, 7 i 8

L. p.	Wiek	Sposób leczenia świeżego złamania poza Instytutem	Rodzaj leczenia w Instytucie Chirurgii Urazowej	Przebieg leczenia	Czas leczenia	Wynik	Uwagi
1	6 lat	Opatrunek gipsowy	Zespolenie taśmą metalową, opatrunek gipsowy	Przemieszczenie naprawione pelotą wmontowaną w okienko gipsowe. Odleżyna	7 tygodni	Dobry	Endoprotezy nie zostały usunięte (nie zgłosił się)
2	22 lata	Wyciąg plastrowy i opatrunek gipsowy	Wyszkieletowanie, schodki, taśma, opatrunek gipsowy	Wygięcie w miejscu cerclage'u	12 tygodni	Dobry czynnościowo, dostateczny rentg.	Endoprotez nie usunięto
3	18 lat	Wyciąg plastrowy w ułożeniu wyprostnym	Wyszkieletowanie, schodni, taśma, opatrunek gipsowy	Powtarzające się skrzywienia osi w miejscu cerclage'u. Zrost opóźniony	28 tygodni	Dobry	—
4 i 4a	10 lat	Nie leczony	a) Wyszkieletowanie, schodki, taśma opatrunek gipsowy	Skłonność do wygięcia. Po 6 mies. wygięcie osi	12 tygodni	Zły	Dokonano powtórnego zabiegu
			b) Usunięcie taśmy i repozycja metodą Instytutu	Bez powikłań	9 tygodni	Dobry	—
5	13 lat	Opatrunek gipsowy	Krwawe nastawienie i zaklinowanie w okienku gipsowym	Powtarzające się przemieszczenia, zwalczane pelotą	13 tygodni	Dobry	—
6	16 lat	Wyciąg plastrowy poziomy w ułożeniu wyprostnym	Zespolenie taśmą na wyciągu	Po 4-ch tygodniach usunięcie taśmy	8 tygodni	Dobry	Pozostaje w leczeniu
7	29 lat	Wyciąg plastrowy i opatrunek gipsowy	Zabieg krwawy met. Instytutu. (Usunięcie kostniny konieczne dla osiągnięcia repozycji)	Skłonność do przemieszczeń. Zrost opóźniony	16 tygodni	Dobry	—
8	5 lat	Wyciąg plastrowy w ułożeniu wyprostnym.	Usunięcie martwaków + zabieg krwawy met. Inst.	Ustawienie odłamków dobre. Przetoki szybko zagojone	12 tygodni	Dobry	—
9	7 lat	Wyciąg plastrowy w ułożeniu półzgiętym	Zabieg bezkrwawy met. Instytutu.	Bez powikłań	5 tygodni	Dobry	—
10	10 lat	Nie leczony	Zabieg krwawy met. Inst.	Nieznaczne ropienie z rany pooperacyjnej	8 tygodni	Dobry	—
11	14 lat	Wyciąg plastrowy na szynie Brauna	Zabieg krwawy met. Inst.	Bez powikłań	8 tygodni	Dobry	—
12	13 lat	Wyciąg plastrowy w ułożeniu półzgiętym	Zabieg bezkrwawy met. Inst.	Bez powikłań	8 tygodni	Dobry	—
13	13 lat	Wyciąg bezpośredni, małe obciążenie.	Zabieg bezkrwawy met. Inst.	Bez powikłań	Pozostaje w leczeniu	Poprawa ustawienia odłamów	—
14	30 lat	Wyciąg bezpośredni za kość piętową	Nie zgodził się na zabieg	Leczenie fizykalne	Pozostaje w leczeniu	Zły	—
15	40 lat	Wyciąg plastrowy i opatrunek gipsowy	Krwawa repozycja i ustalenie drutem, opatrunek gipsowy	Przemieszczenie odłamów	12 tygodni	Zły	Przypadek obcy

W przypadku 15-tym inny szpital stosując zespolenie drutem i ustalając kończynę w gipsie uzyskał wynik zły.

Przypadek 14-ty załączam jako ciekawy przyczynek do powstania wadliwego zrostu.

Wnioski:

1. źle zrośnięte zastarzałe złamanie trzonu kości udowej, upośledzające w większym stopniu czynność kończyny, wymaga repozycji. W przypadkach niezbyt zastarzałych nastawienie prawidłowe lub poprawę ustawienia odłamków można osiągnąć zabiegiem bezkrwawym. W przypadkach późniejszych rozklinowanie odłamków udaje się już tylko drogą krwawą.

2. Zabieg bezkrwawy polega na ręcznym nastawieniu odłamków na wyciągu w ułożeniu kończyny na szynie pionowej. Przed nastawieniem należy zastosować przez kilka dni wyciąg drutowy poprzez kłykcie w ułożeniu kończyny na szynie pionowej. Po nastawieniu dalsze leczenie, jak w świeżym złamaniu k. udowej, tj. na wyciągu drutowym na szynie pionowej.

3. W przypadkach nadających się już tylko do odprowadzenia krwawego operacja polega na rozklinowaniu odłamków z uwzględnieniem fizjologicznych warunków odnowy tkanki kostnej; podczas zabiegu nie należy zbytnio szkieletować odłamków i usuwać wytworzonej już kostniny. Zespalanie odświeżonych odłamków obcym materiałem wywiera na kość wpływ niekorzystny. Po operacji należy prowadzić złamanie na wyciągu drutowym za kłykcie na szynie pionowej, tak jak świeże zamknięte złamania trzonu kości udowej.

4. W 8-miu przypadkach leczonych według powyższych zasad uzyskano dobry wynik. Przypadki leczone z użyciem obcego materiału do zespalania powodowały zaburzenia w wytworzeniu się blizny kostnej, przedłużały czas leczenia i opóźniały powrót czynności kończyny.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Ambros Z.:* Regeneracja tkanki kostnej, Chir. Narz. Ruchu, t. X. z. 2 — 4, 1937; 2. *Białokur W.:* Operacja w przypadku źle zrośniętego złamania kości udowej, Chirurg Polski, 1936; 3. *Böhler L.:* Technika leczenia złamań, wyd. polskie 1933; 4. *Clavelin Ch.:* Traitement des fractures de la diaphyse fémorale w Traité de chirurgie orthopédique, 1937, t. IV; 5. *Demel R.:* Diagnostik chirurgischer Erkrankungen, 1935; 6. *Dupuy de Frenelle:* Le risque vital dans les ostéosynthèses des fractures de la diaphyse fémorale anciennes et vicieusement consolidées. Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, 1934, t. 26, str. 147 — 152; 7. *Fraser J.:* Advences in conservative surgery, The Practitioner, 1937, t. CXXXIX, Nr. 4; 8. *Grobelski M.:* Leczenie złamań kości udowej. Chir. Narz. Ruchu, 1929; 9. *Gruca A.:* Technika ortopedyczna w Podręczniku chirurgii pod red. A. Wojciechowskiego, cz. II, 1937; 10. *Klages F.:* Ueber die Behandlung von Oberschenkelschaftbrüchen auf unblutigem Wege. Der Chirurg Nr. 15, 1936; 11. *Kugler A.:* Leczenie zamkniętych złamań trzonu kości udowej, Pol. Przegląd Chir., 1938; 12. *Leriche et Policard:* Histo-physiologie normale et pathologipue du systéme osseux w „Traité de Chirurgie orthopédique". T. I, 1937; 13. *Leśniowski A.:* Podręcznik chirurgii ogólnej, cz. I, 1923; 14. *Lexer E. W.* Fehler der Frakturbehandlung und ihre Beziehung zur Pseudarthrose. Arch. f. klin. Chir., 1937, t. 189, str. 216 — 218; 15. *Masmonteil:* Technique d'ostéosynthèse des fractures diaphysaires du fémur, Bruxelles médical, 1937, t.

17. 16. *Ombrédanne et Mathieu:* Traité de chirurgie orthopédique, 1937; 17. *Ostrowski T.:* Wpływ szwu metalowego (osteosynthesis) na gojenie się złamań kości, Pol. Gaz. Lek., 1932, Nr. 29 i 30; 18. *Parczewski E.:* O leczeniu operacyjnym długich kości kończyn, Pol. Przegląd Chir., 1933, t. 12, str. 823 — 831;19. *Putti V.:* Orthopedia et traumatologia, La Chirurgia degli organi di movimento 1936, t. 22, str. 322 — 326; 20. *Raszeja F.:* Procesy biologiczne przy odradzaniu się kości po złamaniu, Chir. Narz. Ruchu, t. IV, Z. 2, 1931; 21.*Rutkowski J.:* Chirurgia, t. I, 1935; 22. *Seifert E.:* Technische Fehler in der Chirurgie. Ueber Fehler bei der blutigen Knochenfeststellung, Der Chirurg, 1935, t. 7, str. 32 — 56; 23. *Skorko J.:* Wytyczne leczenia złamań kości udowej, Chirurg Polski, 1937, Nr. 7; 24. *Sokołowski T.:* Wyniki operacyjnego leczenia zastarzałych złamań szyi kości udowej. Chirurg Polski, Nr. 1, 1936; 25. *Szulc J.:* Seria przypadków złamania trzonu kości udowej leczonych wyciągiem drutowym na improwizowanej pionowej szynie uda, Chirurg Polski 1937, Nr. 10; 24. *Wagner T.:* Dwa przypadki źle leczonego złamania kości udowej, Chirurg Polski, 1937, Nr. 12; 27. *Wojciechowski A.:* Sprawy urazowe kończyn w Podręczniku Chirurgii pod red. A. W., cz. II. 1937; 28. *Zierola:* About the reaction of the bones on different metals. Arch. of. surg., t. IX, Z. 2, 1924.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung veralteter, schlecht geheilter Oberschenkelschaftbrüche

von

B. Markowski.

Nach einer kritischen Besprechung der geübten Methoden der Bahandlung schlecht geheilter Oberschenkelchaftbrüche, weisst der Verfasser auf das im Warschauer Institut für traumatische Chirurgie angewandte Verfahren. Die Grundlage dieser Methode beruht auf nachstehenden Folgerungen: Nichtoperative Reposition bei nicht allzualter Vernarbung, oder operatives Vorgehen, bei dem man genau die physiologischen Verhälltnisse der Knochenheilung berücksichtigt. Nach gelungener Reposition entspricht das weitere Verfahren der Behandlung frischer nicht komplizierter Oberschenkelschaftbrüche. Der Verfasser stellt im weiteren 15 Fälle schlecht geheilter Oberschenkelschaftbrüche, vor, die im Institut behandelt wurden. Bei diesen konnte man feststellen, dass 8 dieser Fälle, die wir nach unserem Verfahren bahandelten, bessere Endergebnisse erwiesen, als 7 der Fälle, die nach anderen Methoden behandelt wurden. Die Analyse der besprochenen Fälle gestattet dem Verfasser nachstehende Schlussfolgerungen zu machen:

1) Schlecht geheilte, veraltete Oberschenkenlschaftbrüche, welche in hohem Grade die Funktion der Extremität hindern, verlangen eine Reposition. In nicht allzu alten Fällen kann man eine richtige Reposition oder Besserung auf unblutigem Wege erreichen. Im späteren Stadium gelingt die Entkeilung der Bruchstücke nur auf blutigem Wege.
2) Der unblutige Eingriff beruht auf einer manuellen Reposition der Bruchsbücke mit Hilfe eines Extensionsaparates, indem man die Extremität auf eine Schiene senkrecht lagert. Vor der Reposition muss einige Tage lang eine Drahtextension angewandt werden. Der Draht wird durch die Kondyli durchgeführt.

Die Extremität bleibt dauernd auf einer Senkrechtschiene. Nach vollendeter Reposition beruht die weitere Bahandlung wie bei einem frischen, nicht komplizierten Bruch des Oberschenkels d. h. auf einer Drahtextensoin auf einer Senkrechtschiene.

3) In Fällen, wo man eine blutige Reposition vornehmen muss, beruht der Eingriff auf der Entkeilung der Bruchstücke, unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse der Regeneration des Knochengewebes; während des Eingriffes ist die allzu sehr genaue Entblössung der Bruchenden nicht angezeigt, um die schon produzierten Kallussmassen nicht zu zerstören. Die Vereinigung der angefrischten Bruchenden mit fremdem Material übt auf den Knochen einen schlechten Einfluss aus. Nach der Operation soll man fortlaufend die weitere Behandlung mittels einer Drahtextension durch die Kondylen auf einer Senkrechtschiene fortführen, analog, wie man einen frischen Oberschenkelbruch behandelt.

4) In 8 Fällen, welche nach den besprochenen Grandlagen behandelt wurden, konnte ein sehr guter Erfolg erzielt werden. In Fällen, die mit heterogenem Material (Metallbänder) behandelt wurden, kam es zu einer bedeutenden Störung der Knochengewebsbildung, in Bezung auf die Heilungsdauer und normale Funktion der Extremität.

Z Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P.
Dyrektor Prof. Dr *E. Loth*

Hernia retroperitonealis completa Treitzii

podał

Henryk Śledziewski.

W roku 1935/36 w sali ćwiczeń Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P. znaleziono rzadki przypadek całkowitej przepukliny pozaotrzewnowej *(hernia retroperitonealis completa Treitzii).* W piśmiennictwie światowym opisano przeszło setkę [1]) przypadków przepuklin pozaotrzewnowych typu Treitza *(herniae retroperitoneales Treitzii)*, które *Broesike* nazywa przepuklinami dwunastniczo-jelitowymi [2]) lewymi, czyli żylnymi *(herniae duodeno-jejunales sinistrae s. venosae* [3]), z czego tylko nieznaczną część stanowią przypadki przepuklin pozaotrzewnowych c a ł k o w i t y c h, do których należy nasz przypadek. Wobec tego podajemy poniżej dokładny opis anatomiczny oraz wyjaśnienie powstawania podobnych odmian otrzewnowych.

A. F., lat 16, bezdomny, zmarł na gruźlicę płuc w Miejskim Szpitalu Powszechnym na Radogoszczu w Łodzi dnia 19.IV 1935 r. Budowa ciała prawidłowa, wzrost wysoki, chudy, klatka piersiowa długa, płytka (płaska) i stosunkowo wąska. W układzie narządów klatki piersiowej zmian rozwojowych nie stwierdzono. Ze zmian patologicznych stwierdzono: rozległe zmiany serowato-jamiste płuc, zrosty opłucnowe po obu stronach, zrosty wątrobowo-przeponowe oraz powiększenie wątroby i śledziony.

Powłoki brzuszne nieco zapadnięte, lecz prawi-

[1]) Przytoczono według *Andrejewa.*
[2]) Nazwa wyprowadzona od zachyłka dwunastniczo-jelitowego *(recessus duodeno-jejunalis).*
[3]) Venosa — nazwa wyprowadzona od żyły krezkowej dolnej *(vesa mesenterica inferior)*, która głównie przyczynia się do utworzenia pierścienia przepuklinowego.

dłowo wysklepione. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono następujący układ narządów wewnętrznych:

Sieć wielka *(omentum maius)* razem z poprzecznicą sięga aż do spojenia łonowego (rys. 2). Podczas odciągania sieci wielkiej ku górze okazało się, że opuszczona festonowato poprzecznica na całej swej długości jest zrośnięta z siecią wielką wzdłuż jej dolnego brzegu tak, iż część zstępująca sieci wielkiej w całości tworzy więzadło



Fot. 1. Przepuklina pozaotrzewnowa całkowita **Treitza,** odsłonięta przez uniesienie do góry poprzecznicy wraz z jej krezką. Strzałki z czarnego papieru wskazują granice przejścia dolno-prawej połowy przedniej ściany w krezkę poprzecznicy.

Phot. 1. La hernie rétropéritonéale de *Treitz.* Le côlon transverse et son méso ont été écartés en haut. Les flèches indiquent les limites du passage de la lame externe du sac dans la lame postérieure du mésocôlon transverse.

żołądkowo-okrężnicze *(ligamentum gastro-colicum)*[4]. Po odłożeniu sieci wielkiej ku górze wraz z poprzecznicą (tak jak to się zazwyczaj czyni dla odsłonięcia pętli jelit cienkich), ukazał się guz wielkości małej głowy, spłaszczony w kierunku przednio-tylnym. Guz ten jest utworzony przez worek otrzewnowy, zawierający wszystkie pętle jelita czczego i biodrowego (fot. 1) i zajmujący mniej więcej przestrzeń normalnego położenia wymienionych pętli jelit cienkich.

W torbie otrzewnowej (czyli w worku przepuklinowym) możemy odróżnić przednią i tylną ścianę oraz wejście do worka, czyli pierścień przepuklinowy. Wejście do worka przepuklinowego skierowane jest do tyłu i znajduje się po stronie prawej kręgosłupa. By odsłonić wejście do worka przepuklinowego (czyli do kolosalnie rozwiniętego zachyłka dwunastniczo-jelitowego) należy uchwycić za dolno-prawy obwód guza i odchylić go ku górze i ku stronie lewej, co się też udało wykonać z pewnym oporem[5]) i uwidocznić na



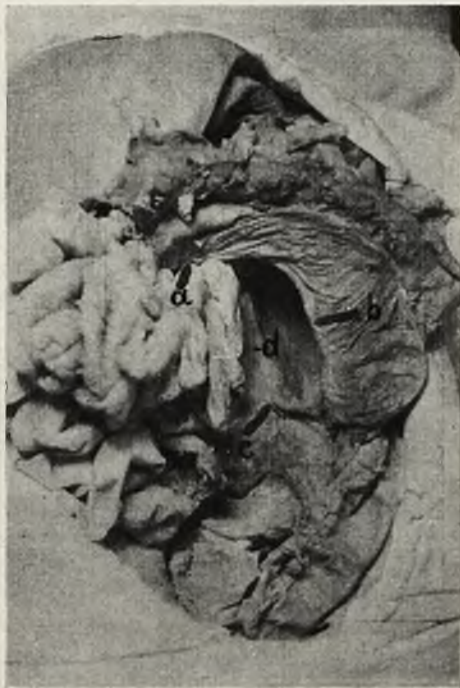
Fot. 2. Ten sam przypadek. Częściowo odsłonięty pierścień przepuklinowy, ograniczony przez ruchomy fałd naczyniowo-otrzewnowy **b.** Worek przepuklinowy wraz z zawartością został uniesiony i przechylony na lewo, lecz by móc tego dokonać, musiano uprzednio wyciągnąć z worka przepuklinowego część jelita krętego; jednocześnie z tym wychyliła się z worka jedna z pętel jelita cienkiego.

Phot. 2. Le même cas. *b* — le pli péritonéo - vasculaire de *Treitz.*

[4]) W normalnych warunkach więzadło żołądkowo-okrężnicze powstaje rozwojowo z dwóch blaszek otrzewnej sieci wielkiej, sieć wielka zaś, wolno zwisająca poniżej poprzecznicy, powstaje z czterech blaszek (t. j. z dwóch blaszek części zstępującej i z dwóch blaszek części wstępującej sieci wielkiej). Zatem w naszym przypadku część zstępująca sieci wielkiej weszła w całości w skład więzadła okrężniczo-żołądkowego.

[5]) Przypadek spostrzegano na zwłokach utrwalonych w formalinie.

fot. 2. Otwór worka przepuklinowego jest prawie wyłącznie i całkowicie wypełniony przez krezkę jelita cienkiego; przez dolną część otworu przechodzi końcowy odcinek jelita biodrowego, dość silnie przyciśniętego do dolnego obwodu pierścienia przepuklinowego. Z worka wychodzi tylko jelito biodrowe długości 4 — 5 cm. Pierścień przepuklinowy w postaci grubego fałdu rozpoczyna się na kręgosłupie na poziomie trzonu IV kręgu lędźwiowego, nieco na lewo od linii środkowej ciała i, zataczając łuk ku dołowi i na prawo, biegnie ku górze i na lewo, kończąc się na podstawie krezki poprzecznicy, tuż nad częścią wstępującą dwunastnicy, nieco na prawo od linii środkowej ciała (na poziomie II kręgu lędźwiowego).



Fot. 3. Ten sam przypadek. Wszystkie pętle jelita cienkiego wyciągnięto z worka przepuklinowego i odciągnięto na stronę prawą, worek zaś przepuklinowy wraz z wolnym fałdem naczyniowo-otrzewnowym **(a,b,c)** przełożono na stronę lewą (zatem fałd **b** przemieszczono o 180^0 ze strony prawej na lewą). W ten sposób odsłonięto pierścień przepuklinowy przez który widać tylną ścianę worka przepuklinowego tj. otrzewną, pokrywającą lewy dół lędźwiowy. Poprzecznica wraz ze swą kreską została uniesiona do góry.
a — część górna ruchomego fałdu naczyniowo-otrzewnowego, kończąca się na podstawie krezki poprzecznicy; **b** — ruchomy fałd naczyniowo-otrzewnowy, który w tym miejscu jest utworzony przez żyłę krezkową dolną; **c** — część dolna omawianego fałdu; **d** — fałd przykręgosłupowy, utworzony przez aortę brzuszną i otrzewną pokrywającą.

Phot. 3. Le même cas. La hernie a été reduite et toutes les anses grêles ont été écartées à droite, le sac herniaire et le pli de *Treitz* — à gauche. *a, b, c* — pli de *Treitz* retourné à 180^0 de droite à gauche; *d* — pli immobile formé par l'aorte.

Po rozluźnieniu pierścienia przepuklinowego przez rozciągnięcie, wydobyto z worka otrzewnowego pętlę jelita cienkiego i jego krezkę. Worek otrzewnowy wraz z fałdem wolnym, tworzącym większą część pierścienia przepuklinowego, odłożono na lewo, pętle zaś jelita cienkiego i jego krezkę na prawo (fot. 3). W ten sposób uwidoczniono tylną ścianę worka przepuklinowego w granicach dołu lędźwiowego lewego oraz pierścień przepuklinowy. Ten ostatni jest utworzony przez dwa fałdy otrzewnowo-naczyniowe: jeden z nich w o l n y, r u c h o m y, oznaczony na fot. 3 strzałkami z czarnego papieru *a, b, c,* drugi n i e r u c h o m y w odcinku kręgosłupowym (fot. 3*d*). Fałd ruchomy (fot. 2*b*) stanowi ograniczenie pierścienia przepuklinowego od dołu, strony prawej i od góry (na fot. 3*b*) został odwrócony ze strony prawej na stronę lewą). W skład wymienionego fałdu otrzewnowo-naczyniowego (fot. 3 *a, b, c*) wchodzą naczynia krezkowe dolne *(arteria et vena mesentericae inferiores)* i otrzewna worka przepuklinowego. Nieruchomą, czyli kręgosłupową część ograniczenia pierścienia przepuklinowego stanowi również fałd otrzewnowo-naczyniowy, w skład którego wchodzi aorta brzusza pokryta otrzewną (fot. 3*d*).

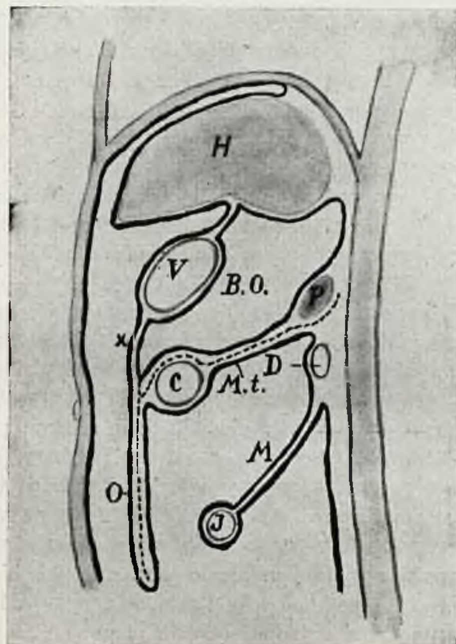
Worek otrzewnowy posiada dwie ściany: przednią i tylną, oraz cztery załamki: górny, dolny i dwa boczne — prawy i lewy. Załamki te są miejscami przejścia przedniej ściany worka otrzewnowego w tylną. Przednia ściana worka przepuklinowego jest zbudowana z dwóch blaszek otrzewnej, podczas gdy tylna ściana [6]) jest zbudowana tylko z jednej blaszki otrzewnej, wyściełającej dół lędźwiowy lewy i górną połowę lewego dołu biodrowego. W przedniej ścianie worka otrzewnowego można odróżnić dwie prawie równe części: dolno-prawą i górno-lewą; każda z nich posiada dwie blaszki otrzewnowe: jedną wewnętrzną, drugą zewnętrzną (por. rys. schem. 1 i 2). Obydwie blaszki otrzewnowe dolno-prawej części przedniej ściany worka przepuklinowego przechodzą w tylną blaszkę [7]) krezki poprzecznicy (por. rys. 2 i fot. 1). Przednia ściana worka otrzewnowego w górnej części jest utworzona

---

[6]) Z wyjątkiem dolnej i prawej części tylnej ściany, przyległej do wolnego fałdu otrzewnowonaczyniowego i będącej bezpośrednim przedłużeniem przedniej ściany po utworzeniu załamka dolnego i prawego.

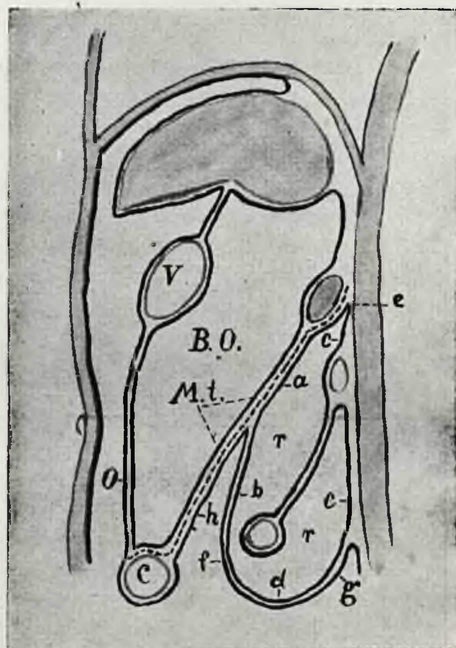
[7]) W położeniu zwisającym odróżniamy w krezce poprzecznicy tylną i przednią blaszkę otrzewnej, w położeniu zaś uniesionym do poziomu jak na fot. 1 tylna blaszka staje się dolną, a przednia — górną.

przez górną połowę krezki poprzecznicy, w dolnej zaś części posiada własne ograniczenie złożone z dwóch blaszek: wewnętrznej i zewnętrznej (rys. 2), przytem blaszka wewnętrzna przechodzi w górze w tylną blaszkę górnej połowy, zewnętrzna zaś blaszka w tylną blaszkę dolnej połowy krezki poprzecznicy. Przednia blaszka krezki poprzecznicy ma przyczep do tylnej ściany brzucha mniej więcej prawidłowy i przechodzi w otrzewnę, pokrywającą trzustkę od przodu, tylna zaś blaszka tejże krezki tworzy trzustkę oraz, w części bocznej (lewej), między dolną częścią śledziony a tylną ścianą brzucha. Załamek lewy biegnie mniej więcej pionowo w linii pachowej tylnej i w dole, w połowie lewego dołu biodrowego, przechodzi w załamek dolny. Należy zaznaczyć, że zstępnica nie przylega do tylnej ściany brzucha, lecz przykleja się do przedniej ściany worka otrzewnowego, do jej bocznej części tak, iż najbardziej boczną część przedniej ściany worka otrzewnowego można uważać za krezkę zstępnicy. Zatem załamek boczny lewy



Rys. 1. Schemat przebiegu otrzewnej po zarośnięciu dolnej części torby sieciowej w obrębie sieci większej. Linia przerywana oznacza miejsce zlepienia się blaszek surowiczych (wg. **Bochenka). BO** — bursa omentalis; **C** — colon transversum; **D** — duodenum; **H** — hepar; **J** — intestinum tenue; **M** — mesenterium; **M.t.** — mesocolon transversum; **O** — omentum maius; **P** — pancreas, **x** — lig. gastrocolicum.

Fig. 1. Schéma du parcours normal du péritoine.



Rys. 2. Schemat budowy worka otrzewnowego przepukliny **Treitza. a** — górna połowa przedniej ściany worka przepuklinowego; **b** — dolna połowa przedniej ściany tego samego worka; **c** — tylna ściana worka; **d** — dolny załamek; **e** — górny załamek; **f** — blaszka zewnętrzna dolnej części przedniej ściany worka przepuklinowego; **g** — blaszka zewnętrzna dolnej części tylnej ściany; **h** — tylna blaszka dolnej połowy krezki poprzecznicy; **r** — jama worka przepuklinowego, w którym leżą wszystkie pętle jelita cienkiego oraz jego krezka; inne oznaczenia jak na rys. 1.

Fig. 2. Schéma du sac péritonéal du hernie de *Treitz*. *a.* — la moitié supérieure et *b* — la moitié inférieure de la paroi antérieure du sac herniaire; *c* — paroi postérieure du sac; *f* — lame externe; *g* — lame externe; *h* — lame postérieure du mésocolon transverse; *r* — contenu du sac herniaire.

załamek górny [8]), który się ciągnie powyżej dolnego brzegu trzustki od linii środkowej kręgosłupa na lewo, aż do bocznej ściany brzucha (ryc. 2). Załamek górny jest wsunięty między należy uważać za miejsce przejścia wewnętrznej blaszki przedniej ściany worka przepuklinowego

[8]) Czyli innymi słowami miejsce przejścia tylnej blaszki górnej połowy krezki poprzecznicy w otrzewnę pokrywającą tylną ścianę brzucha.

w otrzewnę lewego dołu lędźwiowego i górnej połowy lewego dołu biodrowego. Załamek dolny (rys. 2 *d*) jest miejscem przejścia przedniej ściany w tylną worka przepuklinowego i nie sięga w dół poniżej poziomu wzgórka kości krzyżowej (*promontorium*). Załamek boczny prawy jest również miejscem przejścia wewnętrznej blaszki przedniej ściany w tylną.

Tylna ściana worka otrzewnowego w większej części składa się tylko z jednej blaszki otrzewnej, pokrywającej lewy dół lędźwiowy oraz górną połowę lewego dołu biodrowego. Od dołu biodrowego w linii mniej więcej poziomej (w połowie wysokości tego dołu) odchodzi już podwójna blaszka otrzewnej, z których wewnętrzna jest przedłużeniem otrzewnej pokrywającej górną połowę lewego dołu biodrowego, zewnętrzna zaś blaszka jest przedłużeniem przedniej blaszki [9]) krezki zstępnicy i esicy, pokrywającej dolną połowę lewego dołu biodrowego.

Opisana torba otrzewnowa zawiera wszystkie pętle jelita czczego i biodrowego. W przebiegu dwunastnicy odchyleń od normy nie stwierdzono. W obrębie torby otrzewnowej obecności innych dodatkowych zachyłków również nie stwierdzono. Jak już powyżej wspomniano, pierścień przepuklinowy ma kształt owalny, o długiej osi, biegnącej skośnie od góry i strony prawej, ku dołowi i stronie lewej. Końcowy odcinek jelita biodrowego, wychodzący z worka przepuklinowego przez dolną część jego otworu, uchodzi w normalny sposób do jelita grubego. Ponieważ zwłoki były utrwalone w formalinie, wobec tego udało się z zupełną łatwością zestawić pętle jelita cienkiego po ich wyciągnięciu z worka przepuklinowego w tym położeniu, w jakim się w nim znajdowały i stwierdzić zupełnie normalny układ pętli jelit cienkich oraz nie odbiegającą od normy budowę i przebieg krezki jelitowej (*mesenterium*). Wymiary pierścienia przepuklinowego wynoszą 10 cm na 5 cm. Torba sieciowa *(bursa omentalis)* jest ślepa t.zn. otwór sieciowy *(foramen omentale Winslowi)* zarośnięty, makroskopowo bez uchwytnych zmian pozapalnych otrzewnej w tej okolicy. Wstępnica nieco krótsza, zagięcie okrężnicze prawe nieco niżej ustawione niż zazwyczaj, poprzecznica wydłużona, zagięcie okrężnicze lewe podwójnie załamane i nieco niżej ułożone, zstępnica o przebiegu opisanym powyżej, reszta bez zmian.

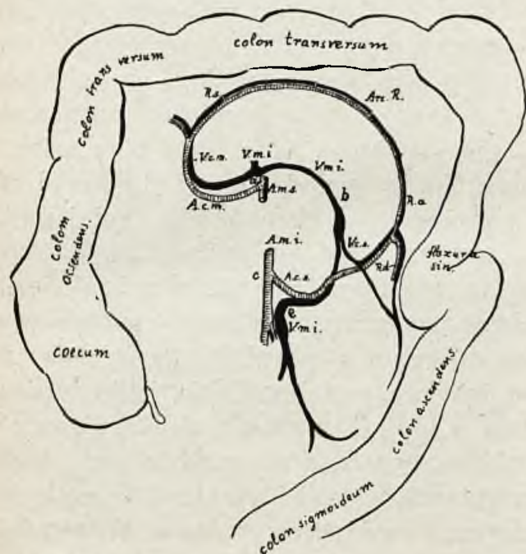
Opisany przypadek nasuwa szereg zagadnień o charakterze tak praktycznym jak teoretycznym, np. zagadnienie powstawania zaburzeń w jamie brzusznej, zaczynając od bólów w związku lub bez związku ze spożyciem pokarmów aż do objawów ostrej niedrożności jelit, wymagających wkroczenia operacyjnego; zagadnienie chirurgicznego sposobu załatwienia tego rodzaju odmiany anatomicznej; dalej — zagadnienie o charakterze teoretycznym, dotyczące czynników i warunków anatomicznych, powodujących powstanie tak dużego worka otrzewnowego.

Z otrzymanej w odpisie historii choroby wynika, że od chorego nie wydobyto skarg w zakresie przewodu pokarmowego. Czy rzeczywiście chory nie miał dolegliwości w związku z opisaną odmianą otrzewnej — można wątpić. Kto widział tego rodzaju przepuklinę wewnętrzną i przekonał się naocznie w jak stosunkowo małej przestrzeni znajdują się pętle jelita cienkiego, ten musi dojść do wniosku, że przepełnienie tego odcinka przewodu pokarmowego, do czego z łatwością może dojść ze względu na umiejscowienie jelita biodrowego i jego stosunek do pierścienia przepuklinowego oraz ze względu na małą przestrzeń, w jakiej znajdują się pętle jelita cienkiego, powinno dawać objawy bólowe. Nie jesteśmy w stanie rozpoznać opisanej odmiany otrzewnej za życia osobnika bez otwarcia jamy brzusznej. Już *Treitz* i inni *(Waldeyer)* zwrócili uwagę na fakt braku c z a s a m i za życia wszelkich objawów, świadczących o tak dużej anomalii położenia jelit cienkich. W naszym przypadku, gdyby nawet istniały bóle w obrębie jamy brzusznej, to byłoby można je z równym powodzeniem przypisać istniejącej odmianie otrzewnej, jak również chorobie zasadniczej, t. j. gruźlicy płuc. Z punktu widzenia praktycznego tego rodzaju odmiany otrzewnej, jak opisany przypadek mają nieduże znaczenie ze względu na rzadkość występowa-

[9]) Czyli prawej blaszki pierwotnej krezki grzbietowej jelita.

nia. Większe znaczenie praktyczne mają przepukliny pozaotrzewnowe typu *Treitza,* zawierające tylko część pętli jelit cienkich, gdyż tego rodzaju odmiany otrzewnej występują częściej. By odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób powinno się likwidować opisaną odmianę otrzewnej oraz by zdać sobie sprawę z czynników powodujących powstanie tej odmiany, należy dokładnie przebadać układ naczyniowy w obrębie worka otrzewnowego.

Rys. 3. odtwarza układ naczyniowy po odprowadzeniu pętli jelit cienkich z worka otrzewnowego do jamy brzusznej i po odciągnięciu poprzecznicy wraz z jej krezką ku górze oraz po odchyleniu worka otrzewnowego wraz z fałdem otrzewnowo - naczyniowym na lewo (fot. 3 *b*). W tym ułożeniu (rys. 3 i fot. 3) przebieg naczyń jest prawie że prawidłowy. Żyła krezkowa dolna *(V. m. i.)* tworzy silne zagięcie w kącie, utworzonym przez tętnicę okrężniczą lewą (*A. c. s.*) i tętnicę krezkową dolną (*A. m. i.*); na małym odcinku żyła krezkowa dolna (*V. m. i.*) towarzyszy tętnicy jednoimiennej, tworząc z nią łuk skierowany ku dołowi, potem krzyżuje się z nią, biegnąc ku górze i tworzy łuk *b,* otrzymując po drodze żyłę okrężniczą lewą (*V. c. s.).* W dalszym przebiegu ż y ł a k r e z k o w a d o l n a (*V. m. i.*) z a k r e ś l a ł u k n a d t ę t n i c ą k r e z k o w ą g ó r n ą (*A. m. s.*) o r a z n a d c z ę ś c i ą w s t ę p u j ą c ą d w u n a s t n i c y[10]), otrzymuje dopływ w postaci żyły okrężniczej środkowej (*V. c. m.*) i u c h o d z i d o ż y ł y k r e z k o w e j g ó r n e j o d s t r o n y p r a w e j[10]). Tętnica okrężnicza lewa (*A. c. s.*) odchodzi od tętnicy krezkowej dolnej (*A. m. i.*), od jej lewego obwodu, tworzy razem z żyłą krezkową dolną łuk dolny wolnego fałdu otrzewnowo - naczyniowego i, nie dochodząc do lewego zagięcia okrężniczego, daje dwa odgałęzienia: wstępujące (*R. a.*) i zstępujące (*R. d.*). Ramię wstępujące (*R. a.*) tętnicy okrężniczej lewej wraz z ramieniem lewym (*R. s.*) tętnicy okrężniczej środkowej tworzy *łuk Riolana* (*Arc. R.*). Również żyły okrężnicze lewa i środkowa (*V. c. s.* i *V. c. m.)* tworzą w podobny sposób *łuk Riolana.* Tętnica okrężnicza środkowa (*A. c. m.*) odchodzi od tętnicy krezkowej górnej (*A. m. s.*) od jej prawego obwodu.



Rys. 3. Schemat układu naczyniowego po odwróceniu łuku naczyniowego **b** o 180⁰ ze strony prawej na lewą. Omówienie w tekście. **a** — ujście żyły okrężniczej środkowej do żyły krezkowej górnej; górny koniec ruchomego fałdu naczyniowo-otrzewnowega; **b** — żyła krezkowa dolna, wchodząca w skład ruchomego fałdu naczyniowo-otrzewnowego po odwróceniu o 180⁰ ze strony prawej na stronę lewą; **c** — dolny koniec ruchomego fałdu; **A.m.i.** — art. mesenterica inferior; **A.c.s.** — art. colica sinistra; **A.m.s.** — art. mesenterica sup.; **A.c.m.** — art. colica media; **Arc.R.** — arcus Riolani; **V.m.i.** — vena mesenterica inf.; **V.c.s.** — vena colica sin.; **V.c.m.** — vena colica med.; **R.s.** — ramus sinister arteriae colicae med.; **R.a.** — ramus ascendens et **R.d.** — ramus descendens arteriae colicae sin.

Fig. 3. Schéma du système vasculaire. Le pli de *Treitz* a été retourné à 180° de droite à gauche. *a.* — l'embouchure de la veine colique droite supérieure à la veine mésentérique inférieure; la portion supérieure du pli mobile fait par l'arc vasculaire de *Treitz; b* — la petite veine mésaraïque, après avoir été retournée à 180° de droite à gauche; *c* — la portion inférieure du pli mobile.

W opisanym powyżej układzie mamy jeden szczegół odstępujący od normy, a mianowicie: ż y ł a k r e z k o w a d o l n a u c h o d z i d o ż y ł y k r e z k o w e j g ó r n e j o d j e j s t r o n y p r a w e j, otrzymując przed tym, jako dopływ, żyłę okrężniczą środkową, o r a z z a k r e ś l a ł u k n a d d w u n a s t n i c ą. Lecz układ naczyniowy przez nas opisany jest sztuczny, gdyż został narysowany po odprowadzeniu poprzecznicy do góry, a worka przepuklinowego wraz z wolnym fałdem otrzewnowo - naczyniowym *b* (por. fot. 2 i 3) z prawej strony

---

[10]) Bardzo ważny szczegół.

na lewą. W istocie łuk naczyniowy *b* (por. rys. 3 i 4) jest skierowany ku dołowi i ku stronie prawej. Zatem na rys. 4 został odrysowany układ naczyniowy, odpowiadający stosunkom anatomicznym utrwalonym na fot. 1, po odchyleniu poprzecznicy wraz z jej krezką do góry. Porównanie rys. 3 z rys. 4 daje nam pojęcie o różnicy w położeniu łuku tętniczo - żylnego *b*. W obydwu przypadkach łuk *b* leży w płaszczyźnie czołowej, tylko że w pierwszym wypadku łuk skierowany jest na lewo (rys. 3), w drugim na prawo (rys. 4). Zatem różnica w ustawieniu łuku *b* wynosi 180°.

Dla uproszczenia rysunku naczyniowego w podręcznikach i pracach specjalnych przyjęto utrwalać stosunki anatomiczne naczyń krezkowych w układzie nieco sztucznym, a mianowicie po odprowadzeniu poprzecznicy wraz z jej krezką ku górze, tak iż *łuk Riolana* (będący wyrazem zespolenia naczyń okrężniczych lewych i środkowych) jest skierowany ku górze, gdy w istocie jest skierowany ku dołowi (poprzecznica zwisa ku dołowi!). W ten sposób został ujęty rys. 4. Wobec tego narysowaliśmy jeszcze jeden rys. 5, odtwarzający schematycznie układ naczyń *in situ.* Rysunek ten pozwala skontrolować warunki hemodynamiczne, panujące w interesującym nas układzie naczyniowym. Zwraca uwagę silne zagięcie *e* (rys. 5), jakie tworzy żyła krezkowa dolna, i w odcinku *f e,* poprzedzającym wspomniane zagięcie *e,* żyła krezkowa dolna jest silnie rozdęta, co nieznacznie uwypuklono na schemacie. Inne zagięcie, jakie się daje zauważyć na rys. 5 oznaczone literą *d,* w istocie rzeczy jest bardzo łagodne i tylko na rysunku zostało nieco przesadnie zaznaczone. Odwrócenie łuku naczyniowego *b* o 180° ze strony prawej na stronę lewę (por. rys. 5 i 3) łagodzi w znaczny sposób niekorzystne zagięcie *e,* pogarsza nato-

Rys. 4. Schemat układu naczyniowego po odprowadzeniu poprzecznicy i jej krezki do góry. Ruchomy fałd naczyniowo-otrzewnowy (łuk b) pozostaje w swym położeniu. Oznaczenia jak na rys. 3.

Fig. 4. Schéma du système vasculaire. Le côlon transverse et son méso ont été àcartés en haut. Le pli péritonéo - vasculaire mobile reste à sa place sans changement.

Rys. 5. Schemat układu naczyniowego **in situ** opisanego przypadku. Oznaczenia jak na rys. 3.

Fig. 5. Schéma du système vasculaire de l'orifice herniaire in situ.

miast warunki odpływu w miejscu *a* tj. w miejscu ujścia żyły okrężnej środkowej do żyły krezkowej dolnej przez zwiększenie kąta załamania.

Dokładna analiza układu naczyniowego, wyrażona schematycznie na rysunkach, wskazuje na sposób chirurgicznego likwidowania worka otrzewnowego i jego pierścienia naczyniowego. Po wyciągnięciu pętli jelit cienkich z worka otrzewnowego należałoby odwrócić wolny fałd otrzewnowo - naczyniowy *b* (fałd żyły i tętnicy krezkowych dolnych) o 180° ze strony prawej na lewą i przyszyć worek otrzewnowy razem z wolnym fałdem naczyniowym *b* (por. fot. 3) do otrzewnej pokrywającej lewy dół lędźwiowy. Tego rodzaju sposób załatwiania przypadku nie wywołałby większych zmian hemodynamicznych w zakresie naczyń krezkowych dolnych w sensie pogorszenia warunków krążenia.

Wręcz przeciwnie, należałoby oczekiwać poprawy warunków krążenia, gdyż postępując w sposób wyżej podany: 1° uwalniamy od przejściowych niedrożności żyły krezkowej dolnej, jakie mogą powstać wskutek rozpierającego działania zawartości pierścienia przepuklinowego, 2° wyrównujemy zagięcie *e*. Wprawdzie, jak to zaznaczaliśmy wyżej, pogarszają się warunki odpływu w końcowym odcinku żyły krezkowej dolnej, lecz temu można byłoby zapobiec przez luźne przyszycie górnego odcinka wolnego fałdu otrzewnowo-naczyniowego do podstawy krezki poprzecznicy (fot. 3 *a*, *b*) tak, aby w końcowym odcinku żyły krezkowej dolnej (rys. 3 *a*) wytworzył się mały łuk, łagodzący w miejscu *a* zagięcie, powstające przy zbyt silnym napinaniu na lewo łuku *b* (rys. 3).

Ze względów zasadniczych należy jeszcze wymienić drugi sposób chirurgicznego postępowania w omawianym przypadku. *Broesike* przecinał tenotomem na zwłokach naczynia, tworzące fałdy otrzewnowo - naczyniowe w przypadkach m a ł y c h zachyłków otrzewnowych, starając się pozostawić nienaruszoną otrzewnę w obrębie fałdu. W ten sposób stwierdził znikanie fałdów i wyrównanie się zachyłków otrzewnowych. Oczywiście, naśladując *Broesikego* w przypadkach, w których nie udaje się odprowadzić jelit z przepukliny z powodu zrostów, można wykonać wycięcie przedniej ściany worka przepuklinowego oraz większego lub mniejszego odcinka żyły krezkowej dolnej w fałdzie *Treitza*, licząc na to, iż połączenie łukowate *(arcades)* [11]), istniejące między żyłą okrężniczą lewą a żyłami poprzecznicy i okrężnicy esowatej, wytworzą dostateczne koryto dla krążenia obocznego z odcinka żyły krezkowej dolnej, pozbawionej odpływu. Lecz ten sposób kryje w sobie pewne niebzepieczeństwa, gdyż w czasie zabiegu niemożliwe jest stwierdzenie typu rozgałęzień żyły krezkowej dolnej oraz jej zespoleń.

Treitz, który pierwszy dokładnie opisał kilka przypadków przepuklin pozaotrzewnowych całkowitych [12]), zwrócił uwagę na fakt pierwszorzędnej doniosłości, a mianowicie na przebieg żyły krezkowej dolnej *(vena mesenterica inf.)* [13]) i jednoimiennej tętnicy w fałdzie otrzewnowym, ograniczającym wejście do zachyłka otrzewnowego i nawet (widocznie mając trudności w przeprowadzeniu klasyfikacji zachyłków otrzewnowych) zaopatrzył jedno ze swych zdań następującą uwagą w

---

[11]) Połączenia łukowate nie zostały uwzględnione na naszych rysunkach.

[12]) W tym jeden przypadek ze zbiorów Krakowskiego Zakładu Anatomii Patologicznej (str. 38 — 40, fig. 4).

[13]) *Kleinschmidt* i *Hohlbaum* w 5-tym tomie Chirurgii wydanej przez *Kirschnera* i *Nordmanna* na str. 1092 — 1093 dwukrotnie podają, iż w pierścieniu przepuklinowym przebiega *vena mesenterica superior*. Jest to zupełnie błędna informacja, gdyż w każdym przypadku przepukliny *Treitza* w skład pierścienia przepuklinowego wchodzi żyła krezkowa *nie górna lecz dolna.*

odsyłaczu na str. 102: „Vielleicht wäre eine Benennung zweckmässiger gewesen, die sich auf die Bruchpforte bezogen hätte..". Jednak tego nie uczynił tłumacząc się: „das hat sich aber nicht machen wollen, ohne zu Missverständnissen Anlass zu geben". *Broesike* częściowo zrealizował uwagę *Treitza,* wprowadzając nową klasyfikację zachyłków otrzewnowych, występujących w okolicy zagięcia dwunastniczo - jelitowego [14]). Właściwie dopiero *Andrejew* w konsekwenty sposób przeprowadził klasyfikację i nomenklaturę zachyłków otrzewnowych w zależności od naczyń ograniczających wejście do tych zachyłków [15]).

Powstawanie przepukliny pozaotrzewnowej całkowitej *Treitza* można wyjaśnić w krótkości następująco:

Według *Vogta* zagięcie dwunastniczo - jelitowe i pierwsze pętle jelita czczego obracają się naokoło szypuły naczyniowej o 270^0, napierają na krezkę pierwotną i powodują jej przemieszczenie na lewo i przyklejenie się do lewej połowy tylnej ściany brzucha. Jeśli żyła krezkowa dolna znajdzie się w sferze bezpośredniego działania napierającego zagięcia dwunastniczo - jelitowego oraz tworzących się następowo pierwszych pętli jelita czczego, to wspomniana żyła ulegnie przyklejeniu wraz z krezką do tylnej ściany brzucha; jeśli zaś znajdzie się nad zagięciem dwunastniczo - jelitowym [16]) i posiada stały punkt przytwierdzenia [17]) to, jako element oporniejszy od delikatnej blaszki otrzewnowej, tworzy fałd otrzewnowo - naczyniowy z prawej blaszki pierwotnej krezki, stawiając opór pociągającemu działaniu tej krezki, odchylanej na lewo przez napierające na nią zagięcie dwunastniczo - jelitowe. Jak wiadomo odróżniamy wewnątrz- i zewnątrzbrzuszny odcinek jelita. Zewnątrzbrzuszny odcinek jelita rozwija się w fizjologicznej przepuklinie pępowinowej. W końcu drugiego a na początku trzeciego miesiąca życia płodowego fizjologiczna przepuklina pępowinowa ulega przemieszczeniu do jamy brzusznej dzięki silnie rozrastającej się wątrobie, która, wywierając silny napór na szypułę pępowinową, reponuje pętle jelita zewnątrzbrzusznego z przepukliny pępowinowej do jamy brzusznej *(Broman).* Zatem, w tym okresie życia płodowego mielibyśmy w naszym przypadku następujący układ pętli jelit cienkich: część pętli jelit cienkich, które rozwinęły się wewnątrzbrzusznie, znalazłaby się w uchyłku otrzewnowym dwunastniczo - jelitowym, tworząc przepuklinę pozaotrzewnową niecałkowitą (rys. 6), gdyż pętle jelit cienkich, które rozwinęły się zewnątrzbrzusznie, leżałyby wolno w jamie brzusznej obok zachyłka otrzewnowego. W dalszym przebiegu przepuklina tego rodzaju pozostaje albo bez zmian, albo powiększa się aż do chwili wejścia do zachyłka wszystkich pętli jelita cienkiego, albo zmniejsza się przez wysunięcie się pętli jelit z zachyłka do jamy otrzewnowej,

[14]) *Broesike* odróżniał następujące zachyłki otrzewnowe w okolicy zagięcia dwunastniczo - jelitowego: *1. recessus duodeno - jejunalis sinister s. venosus* (ta nazwa odpowiada naszemu przypadkowi), 2. *rec. duodeno - jejunalis posterior* (zachyłek *Gruber - Lendzerta),* 3. *rec. duodeno - jejunalis superior* (zachyłek *Jonnesco*), 4. *rec. intermesocolicus transversus,* 5. *rec. duodeno - mesocolicus inferior et,* 6. *superior,* 7. *rec. parajejunalis s. mesentericoparietalis.*

[15]) Stąd nazwy: *rec. arteriae mesentericae superioris, rec. arcus Riolani, rec. arteriae colicae sinistrae, rec. venae mesent. inf. et art. colicae med., rec. venae mes. inf. et art. colic. sin., rec. v. mes. inf., rec. duodeno - jejunalis = rec. simplex* (utworzony przez fałdy otrzewnowe bez naczyń). Nazwy wprawdzie tasiemcowe, ale są słuszne, gdyż oddają istotę anatomiczną pierścienia naczyniowego zachyłka otrzewnowego.

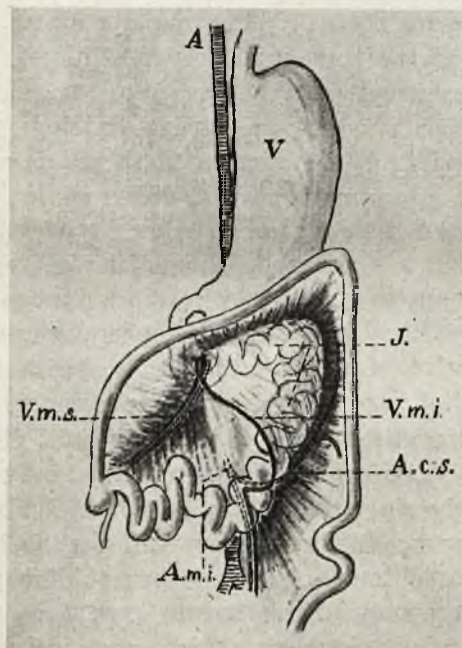
[16]) W naszym przypadku znajduje się nad zagięciem dwunastniczo-jelitowym.

[17]) W naszym przypadku żyła krezkowa dolna uchodzi do żyły krezkowej górnej, należącej do zespołu szypuły naczyniowej, wokoło której następują zwroty poszczególnych odcinków jelita.

zależnie od wielkości pierścienia przepuklinowego.

Co wpływa na dalszy rozwój przepukliny wewnętrznej — dostatecznie to wyjaśnił *Treitz*, opisując na str. 14 i 15 swojej pracy następujące doświadczenie:

Man schneide ein langes Stück Dünndarm vom Gekröse ab und lege es so auf eine mit einem hohern Rande versehene Schüssel, dass der grössere Theil des Darmes neben der Schüssel auf den Tisch zu liegen kommt. In das auf der Schüssel liegende Ende giesse man nun Wasser ein-



Rys. 6. Schemat rozwoju przepukliny pozaotrzewnowej typu **Treitza** w pierwszym okresie. Pętle jelita czczego leżą w worku przepuklinowym, powstałym z prawej blaszki pierwotnej krezki grzbietowej, pętle zaś jelita biodrowego leżą wolno w jamie brzusznej, obok worka przepuklinowego. **A.** — aorta; **A.m.i.** — art. mesenterica inferior; **A.c.s.** — art. colica sinistra; **J** — convolutes jejuni; **V.** — ventriculus; **V.m.i.** — vena mesenterica inferior; **V.m.s.** — vena mesenterica sup.

Fig. 6. Schéma du développement de la hernie rétropéritonéale de *Treitz* dans sa 1-re étape.

und da wird man sehen, dass in dem Masse, als der Darm auf der Schüssel sich füllt, der auf dem Tische liegende von selbst in die Schüssel gezogen wird, bis er endlich ganz hineingelangt. Ich glaube, dass dieses einfache Experiment recht anschaulich zeigt, auf welche Weise sich der Darm in einen Retroperitonealhernie vergrössern kann und dass der flüssige Inhalt desselben den grössten Antheil dabei hat".

Powtórzyliśmy doświadczenie *Treitza*, lecz wypadło ono tylko częściowo dodatnio, t. zn. tylko mały odcinek jelit leżących poza miską wpełzł do naczynia i to w sposób bardzo leniwy. Niepowodzenie to tłumaczymy brakiem odpowiedniej gładkości i co za tym idzie, śliskości brzegów naczynia. *Treitz* w swoich uwagach nie podał, że brzegi naczynia muszą posiadać gładkie i śliskie krawędzie. Poza tym samo załamanie jelita na krawędzi naczynia stanowi zbyt małą przeszkodę dla treści przechodzącej przez jelito. Doświadczenie *Treitza* wypada niezwykle efektownie, gdy brzegi naczynia zastąpić przez dwa palce, ubrane w gumowe, gładkie i wilgotne rękawiczki (a zatem śliskie); jeśli wystarczająco silnie zacisnąć dwoma palcami jelito i w ten sposób stworzyć przeszkodę dla wstrzykiwanej treści (płynnej albo też papkowatej) to wolny, obwodowy odcinek [18]) jelita prawie momentalnie prześlizguje się między palcami. Wydaje się nam, że *Treitz* miał całkowitą słuszność, dopuszczając możliwość powstania przepuklin wewnętrznych czy też powiększania się ich na drodze analogicznej do jego doświadczenia. Należałoby dodać tylko jeszcze jeden warunek: otrzewna musi mieć zachowaną gładkość. Według *Treitza* wielkość pierścienia przepuklinowego oraz obecność w nim żyły i tętnicy krezkowych dolnych odgrywa wielką rolę w dalszym rozwoju przepuklin. Pozostałych warunków nie wymieniamy, gdyż one stale istnieją np. ruchy robaczkowe jelit, zmiany ciśnienia śródbrzusznego itd.

Lecz kiedy następuje dalszy rozwój przepukliny przez wciągnięcie do worka otrzewnowego pozostałych pętli jelit cien-

[18]) Wolny, obwodowy — w stosunku do końca jelita, nastrzykiwanego treścią płynną lub papkowatą.

kich — trudno odpowiedzieć można w tej sprawie postawić dwa przypuszczenia: albo w życiu płodowym albo w życiu pozapłodowym. Jeśli dalszy rozwój przepukliny następuje w życiu płodowym, to okres czasu tego procesu przypada na drugą połowę życia płodowego, gdyż dopiero w czwartym miesiącu życia płodowego powstaje smółka. Wtedy otrzewna jest bardzo delikatna i łatwo podatna na rozciąganie. Jeśli zaś dalszy rozwój omawianej przepukliny następuje w życiu pozapłodowym — to trudno jest zgodzić się z tym, by ten proces odbywał się bez żadnych objawów np. wskutek stawiania się jelit w worku przepuklinowym lub wskutek rozciągania opornej na to działanie otrzewnej worka przepuklinowego. Prawdopodobnie objawy mogące być w związku z rozwojem omawianej przepukliny ulegają przeoczeniu.

W związku z naszym przypadkiem nasuwa się uwaga, że nawet gdyby udało się wydobyć od chorego drogą anamnezy skargi na dolegliwości bólowe po nieco obfitszym spożyciu pokarmów, to można byłoby związać je przyczynowo, tak jak to już powiedzieliśmy powyżej, z chorobą zasadniczą tj. z gruźlicą płuc i wytłumaczyć ich pochodzenie bądź toksycznym podrażnieniem jelit, splotu słonecznego, bądź niedomogą wydzielniczą gruczołów trawiennych itd.

Nasze rozważania i zastrzeżenia nie są wyłącznie natury teoretycznej, gdyż w literaturze są znane przypadki niedrożności jelit i zapaleń otrzewnej na tle opisanej przez nas odmiany anatomicznej.

PIŚMIENNICTWO.

Andrejew J. D.: Anat. Anz, Bd. 71, 1930/31, s. 135 — 155; *Bochenek A.:* Anatomia człowieka, Kraków, 1921; *Broesike G.:* Ueber intraabdominale (retroperitoneale) Hernien und Bauchfelltaschen, Berlin, 1891; *Broman I.:* Normale und abnorme Entwicklung des Menschen, Wiesbaden, 1911; *Felten R.:* Arch. f. klin. Chir. 1909, Bd. 89, s. 495 — 503; *Gruber W.:* Virchow's Arch., 1868, Bd. 44, s. 215 — 241; *Grzybowski J.:* Folia Morphologica. Warszawa 1935/36, Vol. VI, p. 70 — 74; *Heller E.:* Arch. f. klin. Chir., 1909, Bd. 90, s. 361 — 366; *Kleinschmidt O.* i *Hohlbaum J.:* w „Die Chirurgie" *Kirschnera* i *Nordmanna,* Bd. V. 1927, str. 1092 — 1093; *Pan N.:* Journ. of Anat., 1935, Vol. 70, p. 175 — 183; *Rose E.:* Zentralbl. f. Chir. 1903; *Treitz W.:* Hernia retroperitonealis, Prag 1857; *Vogt:* Verhandl. d. Anat. Gesel., Ergänz.-h. z. Bd. 53. d. Anat. Anz. s. 39 — 55; *Waldeyer:* Virchow's Arch., Bd. 60, 1874.

R É S U M É.

Hernie rétropéritonéale complète de Treitz.

par

Henryk Śledziewski.

Le cas décrit concerne un garçon âgé de 16 ans, mort de la tuberculose pulmonaire. Dans le sac herniaire on peut distinguer la paroi antérieure et la postérieure, ainsi que l'anneau herniaire, constitué par deux plis péritonéo - vasculaires: *l'un immobile,* formé par l'aorte abdominale (fot. 3 *d.*), *l'autre mobile* (fot. 2 *b,* 3 *a,*

b, c,), fait par *l'arc vasculaire de Treitz* qui se compose de la petite veine mésaraïque et de l'artère colique gauche supérieure avec le segment initial de l'artère mesentérique inférieure. L'entrée dans le sac herniaire est dirigé en arrière et se trouve du côté droit de la colonne vertébrale. L'ouverture herniaire est presque exclusivement et complètement remplie de mésentère; par sa partie inférieure il ne passe que le segment terminal de l'ileon, long de 4 — 5 cm., assez fortement serré contre la circonférence inférieure de l'anneau herniaire. *L'arc de Treitz,* en forme d'un gros plis, commence sur l'aorte au niveau de la 4-ième vertèbre lombaire, un peu à gauche de la ligne médiane, et, en décrivant un arc en bas et à droite, se dirige en haut et à gauche, en se terminant sur la base du mésocolon transverse au dessus de la portion ascendante du duodenum, un peu à droite de la ligne médiane. La paroi antérieure du sac herniaire se compose de deux lames du péritoine, la postérieure n'en possède pour la plupart qu'une, qui couvre toute la fosse lombaire gauche et la moitié supérieure de la fosse iliaque gauche. Dans sa partie supérieure la paroi antérieure du sac herniaire est formée par la moitié supérieure du mésentère transverse (fig. 2 *M. t.*); dans la partie inférieure elle possède ses deux propres lames péritonéales (fig. 2 *f, b*): l'une interne, l'autre externe; la lame interne passe en haut dans la lame postérieure de la moitié supérieure (fig. 2 *b, a*), tandis que la lame externe — dans la lame postérieure de la moitié inférieure du mésocôlon transverse (fig. 2 *f, h*). Les dimensions de l'anneau herniaire sont 10 cm × 5 cm.

Dans le système vasculaire nous avons des détails qui ne sont pas conformes à la norme et notamment: 1° la petite veine mésaraïque, après avoir reçu comme affluent la veine colique droite supérieure, aboutit à la grande veine mésaraïque de son côté droit et décrit un arc au - dessus de la portion ascendante du doudenum (fig. 4, 5); 2° la petite veine mésaraïque et l'artère colique gauche supérieure forment un arc intra - péritonéal, placé à côté droit de la colonne vertébrale, au lieu de l'arc rétro - péritonéal, placé sur la paroi postérieure de l'abdomen, du côté gauche de la colonne vertébrale.

En s'appuyant sur l'analyse exacte du système vasculaire et sur celle des conditions de la circulation artério - veineuse, l'auteur croit qu'il n'y a que deux méthodes pour le traitement chirurgical dans les cas du *hernie de Treitz.*

1-re méthode: Après avoir réduit la hernie rétro - péritonéale complète, il faut retourner *le pli de Treitz* à 180° de droite à gauche et le fixer au péritoine de la fosse lombaire gauche, en tâchant de ne pas tendre le bout supérieur de *l'arc de Treitz* (pour éviter une forte courbure de la petite veine mésaraïque au point de sa jonction avec la veine colique droite supérieure).

2-me méthode: Réséquer la paroi antérieure du sac herniaire et une partie de la petite veine mésaraïque, qui forme pour la plupart *l'arc de Treitz.* Cette méthode du traitement chirurgical cache certains dangers et exige la considération des conditions de la formation de la circulation collatérale dans le système veineux. Au cours de l'opération il est impossible cependant de constater le type des ramifications de la petite veine mésaraïque.

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim.

Odprowadzenie wypadnięcia mózgu i jego zabezpieczenie.

podał

Dr. Janusz Peter.
Dyrektor Szpitala.

Podręczniki chirurgii poświęcają stosunkowo niewiele miejsca wypadnięciom mózgu i sposobom ich leczenia, omawiając szczegółowo zazwyczaj tylko stronę teoretyczną; o praktycznej natomiast podają tylko skąpe i ogólnikowe wskazówki: Oczywiście każdy taki przypadek, ze względu na swoiste stosunki anatomiczne, wymaga indywidualnego postępowania leczniczego, zależnie od umiejscowienia, charakteru urazu, stanu chorego itd. Ogólne zatem wskazówki należy traktować, jako wytyczne. Ale i tu nawet zdania są rozbieżne. Większość np. przestrzega przed odprowadzeniem zakażonych wypadnięć mózgu, gdyż w te nsposób, jak to zresztą dzieje się i z samoistnie cofającymi się wypadnięciami mózgowymi, następuje szerzenie się zakażenia na tereny nie zajęte, skutkiem uwolnienia naczyń chłonnych, zaciśniętych przed tym w części mózgu, znajdującej się poza jamą czaszki. Nie zawsze jednak, jak przedstawię dalej, spostrzeżenia praktyczne pokrywają się z przesłankami teoretycznymi.

do szpitala roobtnik Władysław W. lat 22, z powodu ran, zadanych w głowę około 24 godzin temu. Chory po doznaniu urazu, jak również później, przed zgłoszeniem się do nas, tracił przytomność. Inne dane anamnestyczne bez znaczenia.

Stan chorego w dniu przyjęcia do szpitala: skóra i widzialne od zewnętrz błony śluzowe blade.

Budowa i odżywienia prawidłowe. Na głowie dwie rany tłuczone: a) większa, powierzchowna, w okolicy potylicznej i b) głębsza ,lecz mniejsza, w okolicy ciemieniowej przedniej lewej, o brzegach bardziej nierównych, rozwartych. W ranie oprócz skrzepów, widoczna zmiażdżona tkanka mózgowa. Obmacywaniem stwierdza się nieco ku tyłowi od rany wgłębienie elipsowate, z osią długą, niemal równoległą od osi strzałkowej. Mowa utrudniona, zacinająca się, bełkotliwa. Chód chwiejny z powłóczeniem kończyny prawej. Na ten szczegół, jako też na trudność wykonywania ruchów czynnych kończyną górną prawą, zwraca uwagę sam chory. Ruchy kończyn strony przeciwnej lewej osłabione, szczególnie palców ręki. Nadmierne prostowanie tej ręki, nawet wzniesienie jej w stawie garstkowym, niewykonalne, ręka wznosi się tylko do kąta 45°. Palce przykurczone, drżące, ich ruchy wyprostne w stawach śródręczno - palcowych ograniczone, zamykanie w pięść swobodne. Siła mięśni po stronie prawej bardziej obniżona, aniżeli po stronie lewej. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Temperatura 38,5. Podczas badania napad epileptoidalny z utratą przytomności.

O p e r a c j a: w znieczuleniu miejscowym toaleta ran, po czym ranę tylną, powierzchowną, ściągnięto klamerkami Michela, drugą, przednioboczną poszerzono, by móc łatwiej wydobyć tkwiące w mózgu drzazgi kostne i odłamki kamienia. Usunięto luźne strzępy okostnej, opony twardej oraz części mózgu, pozbawionych łączności z resztą tkanki mózgowej. Podczas tego odsłoniła się wyraźnie komunikacja z komorą boczną; uszkodzenie komory podejrzewaliśmy zresztą już poprzednio przy zdejmowaniu opatrunku prowizorycznego, na podstawie jego przemoczenia nie tyle krwią, ile płynem, zlekka tylko krwią podbarwionym. Następnie wlano do komory surowicę tężcową i ranę wyłożono gazą jodoformową, pozostawiając ją szeroko otwartą. W końcu nałożono opatrunek z maścią tranową, by zapobiec wysychaniu kości i zawleczeniu zakażenia z otoczenia w głąb mózgu. Chory otrzymał po zabiegu podskórnie surowicę przeciw zgorzeli gazowej, dożylnie zaś 40% roztwór glukozy i 20% urotropiny po 10 cm^3. Po zabiegu poprawa, trwająca około 36 godzin, po czym wystąpiły objawy ostrego zapalenia opon mózgowych i mózgowia: dreszcze, wymioty, zwiększająca się sztywność karku, nierównomierna czynność serca, zwyżka ciepłoty ciała ponad 39°, porażenie prawostronne, utrata przytomności. Stan taki utrzymywał się do

24.VII. Chorego odżywiano przez odbytnicę, stosując przy tym pyramidon, dożylnie zaś glukozę i urotropinę. 25.VII temperatura spadła krytycznie, przytomność wróciła, w kończynach prawej połowy ciała pojawiły się ruchy czynne, początkowo niezborne. Podczas zmiany opatrunku stwierdziliśmy niezbyt wyniosłe, tętniące wypadnięcie mózgu, pokryte z boków ziarniną. W dwa dni później powiększyło się ono wyraźnie, pomimo zastosowania opatrunku uciskowego, osiągając w dniu 29.VII. wielkość jaja gołębiego. Wraz z jego powiększeniem malało tętnienie, zdradzając tym samym, jak w przepuklinie mózgowej uwięzgiętej w palcach, schowały się pod krawędzią opadniętej. Jednocześnie zaś zwiększał się niedowład prawostronny i afazja motoryczna. Po dalszych 24 godzinach porażenie prawostronne.



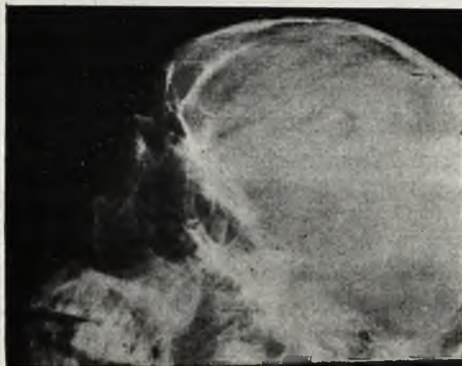
Rys. 1.

Z uwagi na grożącą martwicę z następowym odpadnięciem wypadniętej części mózgu, zdecydowaliśmy się na odprowadzenie wypadnięcia. Dokonano tego bez znieczulenia, przy pomocy płytki celuloidowej, grubości 0,5 mm, nieco większej od obwodu otworu kostnego. Kiedy brzegi płytki, zgiętej w palcach, schowały się pod krawędzią itworu w kości, nałożono opatrunek z maścią tranową. Następnego dnia poprawa ogólna. Ustąpiły objawy porażenia, chory począł mówić, a w kilka dni później siadał o własnych siłach, i nawet próbował wstawać. Płytka w ranie z każdym dniem stawała się coraz mniej widoczna, przykrywana przez ziarninę, narastającą z boków.

W dniu 27.VIII chory został wypisany ze szpitala na własne żądanie z raną niezupełnie zagojoną. Rys. 1. przedstawia ranę z przetoczką nieco ku przodowi i w dół od zagłębienia w czaszce. Zdjęcia rentgenowskie kontrolne, dokonane w 2 mies. później, są przedstawione na rys. 2 i 3.



Rys. 2.



Rys. 3.

Przypadek 2. Drugi podobny przypadek przybył do szpitala w dniu 27.X 1937 r. Feliks T. lat 18, raniony w głowę cegłą nieco więcej niż przed 24 godzinami (rys. 4). Po urazie kilkakrotnie utracił przytomność. Skarży się na zawroty i osłabienie z powodu częstych wymiotów. Chorób zakaźnych nie przechodził. Stan chorego w dniu przyjęcia: budowa silna, odżywienie dobre; na głowie, po stronie ciemieniowej lewej przedniej rana tłuczona, poza którą wyczuwa się w czaszce wgłębienie na przestrzeni 10-cio złotówki. Okolice obu powiek zasinione, nieznacznie obrzmiałe, poza tym wybroczynki podspokojówkowe, silniejsze po stronie prawej. Niedowład połowiczy prawostronny. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zdjęcia rentgenowskie (rys. 5 i 6). wykazują równomierne

wgniecenie, bez przemieszczenia pojedyńczych odłamów w głąb mózgu.



Rys. 4.



Rys. 5.

O p e r a c j a: wycięcie brzegów rany, powiększenie otworu kcstnego, usunięcie łamów większenie ctworu kostnego, usunięcie odłamów kostnych luźno tkwiących, obrównanie otworu kostnego. Wypuklający się na zewnątrz, zaraz po usunięciu odłamów, silnie tętniący mózg, bez zeszywania cpony twardej przesłcnięto płytką celuloidową, o obwcdzie nieco większym od obwodu dziury kostnej. Pod skórę, ściągniętą



Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.

szwami węzelkowymi, włożono sączek z gazy jodoformowej, nałożono opatrunek z maścią tranową, w końcu wstrzyknięto podskórnie surowicę tężcową i paciorkową, dożylnie zaś glukozę. Przez



Rys. 9.

cały czas leczenia stan chorego pomyśny, bezgorączkowy. Po 4-ch dniach usunięto sączek, w 12-tym dniu choroby opuścił szpital.

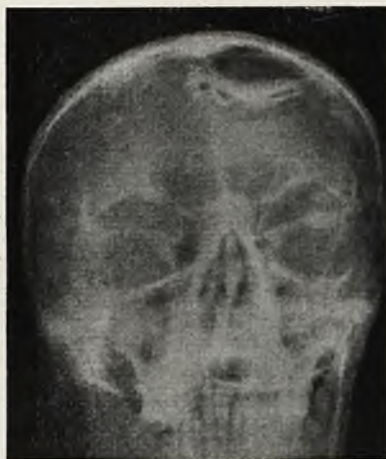
Przypadek 3. Mieczysław U., lat 23, zgłosił się do szpitala z powodu rany tłuczonej głowy, zadanej drągiem przed 16 godzinami. Stan w dniu przyjęcia 15.XI 1937 r.: budowa silna, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian, mocz



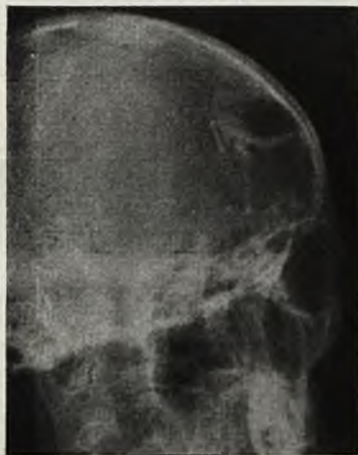
Rys. 10

bez odchyleń. Na czole rana długości około 10 cm. (rys. 10 — 12). o brzegach nierównych, odwiniętych wargowo od wgniecionej wgłąb czaszki. Zdjęcia rentgenowskie wykazują wgniecenie i przemieszczenie odłamków.

O p e r a c j a: w znieczuleniu miejscowym perkainą (1:800) wycięcie brzegów rany, usunię-



Rys. 11.



Rys. 12.

cie luźnych strzępków okostnowej itd., wydobycie odłamków, obrównanie brzegów kostnych. Wymiary otworu kostnego 8 × 6 cm. W oponie twardej naddarcia szczelinowate, silnie broczące. Pa samoistnym wyrównaniu się wgniecionej części mózgu włożono płytkę celuloidową z otworkami, po czym ranę zaszyto całkowicie i wprowadzono pod skórę sączek z gazy jodoformowej. Po dwóch dniach usunięto go, wypuszczając przy tym niewielką ilość płynu obrzękowo- krwawego. Obrzemienie twarzy w okolicy powiek i czoła, które pojawiło się po zabiegu, poczęło się powoli zmniejszać i znikło po tygodniu. Pozostało jedynie przez dłuższy czas zasinienie okolic powiek i mierne sączenie płynu obrzękowego z miejsca, z którego wyciągnięto gazik. Chorego wypisano jako zdrowego po 24 dniach.

W dwu przypadkach, 2-gim i 3-cim, wło-

żono płytkę celuloidową zapobiegawczo, z powodu wypuklania się mózgu, w trzecim wobec dążności do wypuklania się. Postępowanie takie jest znane od dawna i daje zadowalające wyniki. Natomiast postępowanie w pierwszym przypadku wymaga uzasadnienia, dlaczego wybraliśmy ten sposób leczenia. Z wielu wątpliwości, któreby się mogły nasunąć, należałoby uzasadnić w pierwszym razie, czy przeciwdziałanie dalszemu wypadaniu mózgu za pomocą opatrunku uciskowego nie przyczyniło się do pogorszenia niepomyślnych objawów? Odpowiemy odrazu, że zastosowaliśmy opatrunek uciskowy w sposób ostrożny, w przypadku odpowiednim.

Do *stopniowego* wzmagania się wypadania mózgu doszło głównie dlatego, iż nie pokryto odsłoniętego mózgu oponą twardą ze względu na istniejące zakażenie, o którym świadczyły objawy w dniu przybycia chorego do szpitala. Nie stało zatem zapory, wystarczającej zwykle do powstrzymania wypadania mózgu ze stosunkowo niewielkich otworów. Wypadnięcie pojawiło się dopiero w drugim tygodniu leczenia, pod wpływem wzmożonego ciśnienia. Przyczyną tego zaś było zwiększenie ilości płynu zapalno-odczynowego w komorach, nie mającego dostatecznie szerokiego ujścia na zewnątrz, dzięki coraz to większemu zamykaniu przetoki przez narastającą ziarninę. Inne czynniki, jak ropień korowy czy podkorowy, torbiel retencyjna, która mogła powstać na skutek zbyt szybkiego zabliźniania się powierzchownego ubytku mózgu, przy toczącym się nadal w jego głębi procesie zapalnym itp. przyczyny, mogące wywołać wypadnięcie, wyłączyliśmy przy pomocy badania rentgenowskiego i sondowania. Zauważyliśmy przy tym, że rozszerzenie ujścia przetoki powodowało zmniejszanie się napięcia proplapsu mózgowego. Świadczyła o tym zresztą jego konsystencja podczas dotykania, jak i kurczenia się wyniosłości, skutkiem częściowego zapadania się jej ścian. Stałe powiększenie się ilości płynu w komorze można by tłumaczyć zapaleniem urazowym, jako reakcją mózgu na uszkodzenie, w postaci przekrwienia i obrzęku. Po minięciu objawu ostrego zapalenia opon i mózgu, czynnik zakaźny zdawał się nie wchodzić w grę w dalszym ciągu, chyba w sposób ograniczony, umiejscowiony.

Leczenie wyczekujące byłoby niewłaściwe, ponieważ wypadnięcie, pomimo braku podwyższonej temperatury, poczęło zdradzać typ złośliwy. Powiększało się szybko, przy jednocześnie coraz bardziej postępującej utracie władzy w prawej połowie ciała i coraz mniej widocznym tętnieniu. Mieliśmy zatem taki sam groźny objaw, jak w przepuklinie mózgowej uwięźniętej w otworze kostnym — coraz mniejszy dopływ krwi. Być może, że częstsze nakłuwanie guza tępą igłą, jak to czynił *Kozłowski* z wynikiem dodatnim w przepuklinach mózgowych, łącznie z opatrunkiem uciskowym, mogły doprowadzić do zmniejszenia i cofnięcia się wypadnięcia. Jednak postępowanie takie mogło spowodować równie dobrze rozszerzenie się zakażenia, gdyż częstenakłuwanie przez powierzchnię ziarninującą kryło więcej ryzyka, od jednorazowego odprowadzenia.

Drugim ważnym powodem, skłaniającym do repozycji części wypadniętej było to, iż zawierała ona ważne ośrodki ruchowe. Po rozpatrzeniu wszelkich możliwości, zachowawcze leczenie nie rokowało pomyślnego zejścia. Groziło bowiem albo powierzchowne odpadnięcie tkanki mózgowej z powodu zakażenia, albo też odpadnięcie w całości, z powodu zmian wstecznych na tle innym, głównie uciskowym, co w obu wypadkach równałoby się zniszczeniu tych ośrodków. W najszczęśliwszym razie mogło nastąpić pokrycie skóry, a) z samoistnym cofnięciem się, lub b) z pozo-

staniem guza na stałe na zewnątrz. Pierwsze mogłoby łatwiej dojść do skutku w tym wypadku, gdyby tylko jego szczyt był pozbawiony opony twardej, czyli gdyby zachowane były stosunki takie, jak w przepuklinie mózgowej. Jak wiadomo bowiem, przepukliny mózgowe bywają zazwyczaj nie w całości pokryte oponą twardą, gdyż ta dochodzi zwykle tylko do bramy przepuklinowej, zrastając się na jej krawędzi z okostną zewnętrzną. Koniecznym jednak warunkiem samoistnego cofnięcia się musiałoby być zaniknięcie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W międzyczasie wypadnięta część mózgu musiałaby być pieczołowicie chroniona przed wszelkimi urazami, ponieważ tkanka mózgowa reagowałaby na nie obrzękiem asepsycznym, w następstwie czego powstało by zwiększenie ilości płynu w komorach i w przestrzeni podpajęczynówkowej. Z tych samych powodów nie przyniosłaby najmniejszej korzyści choremu i druga ewentualność — powstanie guza na zewnątrz czaszki. Wrazie jego odpadnięcia wraz z wpukloną weń częścią komory, nastąpiłby szeroki dostęp do komory, a wówczas życie chorego byłoby przesądzone. Poprostu wszelkie wysiłki, mające na celu niedopuszczenie do wtargnięcia zakażenia, skazaneby były z góry na niepowodzenie.

Zdecydowaliśmy się na wepchnięcie wypukliny i jej przytrzymanie do strony wewnętrznej przy pomocy płytki, w przypupuszczeniu, że wokół pierścienia przybrzeżnego ,od strony wewnętrznej, pomiędzy oponą twardą i okostną, powstały zrosty szerokie conajmniej na 1 cm, tak że oddarcie ich do połowy szerokości nie mogło grozić przedostaniem się infekcji do miejsc zdrowych. Liczyliśmy dalej i na to, iż pomimo napierania prolapsu, nieco większy obwód płytki od otworu kostnego, zapewni tej płytce wystarczające oparcie. Wybór padł na celuloid z tego powodu, iż jest lekki, elastyczny podatny, w przeciwieństwie do płytki aluminiowej, albo srebrnej, któreby nie odgięły swych brzegów tak, aby mogły sprężyście, a przede wszystkim gładko, przylec do kości od strony wewnętrznej. Wklinowanie bowiem obwodu płytki w brzeg kości wydawało się mniej pewne.

Również z tego samego powodu nie nadawał się przeszczep kostny, stosowany przez wielu do pokrycia ubytku w czasie, np. przez *Rodzińskiego* (11) jako zapora dla przepukliny mózgowych. Przytrzymaliśmy zatem wypadnięcie mózgu płytką celuloidową, w ten jednak sposób, by odpływ nadmiaru płynu komorowego mógł się nadal odbywać. W tym celu pozostawiliśmy w dolnym przednim odcinku małą lukę. Wydawało się to daleko bardziej celowe, aniżeli przeprowadzenie nakłuć lędźwiowych. Wynik potwierdził w całości nasze przypuszczenie.

W przypadku tym obok banalnych objawów, jak padaczka afazja, niedowład połowiczy prawostronny, stwierdza się i inny szczegół niezmiernie interesujący dla neurologa, mianowicie niedowład nieskrzyżowany czyli homolateralny. Pomimo, że porażenie i niedowłady homolateralne są sprzeczne z nauką o lokalizacji, to przecież były one opisywane i istnienia ich nie da się zaprzeczyć. Nie wchodząc w rozmaite ich tłumaczenia wspomnimy, że u chorego trwa on dotąd, może w nieco mniejszym stopniu, aniżeli podczas obserwacji w szpitalu.

W drugim i trzecim przypadku włożyliśmy płytki celuloidowe z kilkoma otworkami, przekonawszy się, że niewielka ilość dziurek nie zmniejsza ani jej wytrzymałości, ani sprężystości. Wywiercanie otworków okazało się przydatne i z innych względów: oto podczas zabiegu chirurgicznego można było płytkę położoną ekscentrycznie nasunąć w sposób i w miejsce zamierzone.

Wystarczyło włożyć w jeden z otworków tępy haczyk, a położenie płytki dawało się łatwo zmieniać. W przypadkach leczonych bez pokrycia skórą, powinno się pamiętać o wygładzieniu nierówności kołnierzykowatych, powstałych na płytce od strony wylotu sztancy, względnie wiertła. Pozostawienie ich przeszkadzałoby później przy przyżeganiu wybujałej ziarniny, przedostającej się na zewnątrz przez te otworki. W przypadkach świeżych, w których ranę zeszywa się całkowicie, z pozostawieniem jedynie sączka z gazy jodoformowej pod skórą, lepiej jest pozostawić owe zagięcia w płytce celuloidowej. Wtedy korzystniej jest włożyć płytkę w ten sposób, by zagięcia zwrócone były na zewnątrz. Można nawet dodać kilka dodatkowych w pobliżu obwodu płytki, a to w tym celu, by zapobiec ześlizgnięciu się płytki po kości w inne miejsce, co mogłoby się zdarzyć przy wyciąganiu sączka itp.

Wkładanie płytki może mieć zastosowanie jedynie w wypadkach wypadania niewielkiej części mózgu i w niewielkich przepuklinach mózgowych; najprawdopodobniej nie nadawałoby się natomiast do przykrycia większych ubytków kostnych w czaszce. Wyższość celuloidu nad wolnym przeszczepem kostnym, np. z kości piszczelowej (3), czy z talerza kości biodrowej (4 i 9), byłaby ta, iż płytka zdaje się być szybciej obrastaną, podczas gdy przeszczepy nie uszypułowane powodują długotrwałe ropienie. Np. w jednym z naszych dawniejszych przypadków, w którym ubytek kości czołowej, większy od 10-cio złotówki, przykryliśmy kością z czaszki noworodka wymóżdżonego w tym samym dniu, w którym ów chory przybył do szpitala, gojenie trwało ponad 6 miesięcy. Towarzyszyło mu obfite ropienie, przy czym efekt końcowy kosmetyczny okazał się nieszczególnym, z powodu zbyt znacznego zagłębienia na czole (rys. 13).

Wszystkie trzy przypadki po opuszczeniu szpitala zgłaszały się do nas do kontroli. Pierwszy co miesiąc, dwa pozostałe co trzy miesiące. Pierwszy, najcięższy, od-



Rys. 13.

szedł do domu z niewielką przetoczką sączącą, która do dzisiejszego dnia, a więc w niespełna rok po operacji jeszcze się nie zasklepiła. W międzyczasie chory miał w domu dwa napady epileptoidalne. Podczas ostatniego doznał tak silnych potłu-



Rys. 14.

czeń, że przeleżał około dwóch tygodni w szpitalu. W najbliższych dniach zamierzamy płytkę usunąć, ponieważ przetoczka nie komunikuje już z komorą, lecz jest

podskórna, a okres roczny jest wystarczający do wytworzenia się dość silnej blizny łącznotkankowej pod płytką celuloidową, tak, iż należy się spodziewać, że nie dojdzie do ponownego wypuklania się mózgu.

W drugim przypadku, po sześciu miesiącach usunęliśmy płytkę z tego powodu, iż w miejscu, z którego wyciągnięto sączek jodoformowy, rana nie zrosła się. Otwór pierwotny, w którym widać było płytkę, o średnicy 2 — 3 milimetrów, stale powiększał się, aż dorównał wielkością dwuzłotówce (rys. 14). Z pod jego brzegów, pokrytych naskórkiem, sączył się płyn obrzękowo - zapalny po wszelkich, choćby słabych zadrażnieniach mechanicznych. Dlatego brzegi wycieliśmy, po czym nastąpił rychło zrost.

W trzecim przypadku nastąpiło prawidłowe zagojenie rany po tygodniu. Brak jakichkolwiek dolegliwości miejscowych i ogólnych.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Böhler L.:* Technika leczenia złamań, 2) *Hochenegg - Payr:* Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 3) *Juvera E. M.:* Rev. de Chir. 52. 6. 1933, 4) *Lexer E. W.:* Die autoplastische Deckung von Schädellücken aus dem Beckenkamm. Dtsch. Z. Chir. 239. 743 i Zbl. f. Chir. 1934 Nr. 47, 5) *Matti H.:* Die Knochenbrüche u. ihre Behandlung, 6) *Pacetto C.:* Il trapianto musc. libero adoperato per colmare perdite di sostanza cerebrale. Policlinico. sez. chir. 1931. Nr. 10, 7) *Pankratiev B. E.:* Ann Surg. 97, 321/326, 1933 (ref.), 8) Ranzi E. Die Chirugie d. Gehirn u. seiner Häute, 9) *Rehn:* Zbl. f: Chirur: 1932, Nr. 47, 11) Rodziński R.: W sprawie leczenia przepukliny czołowej mózgu. P. G. Lek. 1926. Nr. 50. 12) *Węglowski R.: Chirurgia operacyjna.*

ZUSAMMENFASSUNG.

Reposition eines Hirnvorfalles mit alloplastischer Zudeckung.

v.

Janusz Peter (Tomaszów Lub.).

Drei Repositionsfälle eines Hirnvorfalles und Zudeckung der Schädellücke mit Alloplastik (Zelluloidplatte). a) Sekundärer Prolaps mit Liquorfistel bei einem 22-jährigen Arbeiter, nach komplizierter Fraktur der linken Schädelseite und Zertrümmerung einer umschriebenen motorischen Hirnpartie. Nach der Wundversorgung und Entfernung tiefliegender Knochensplitter hörten die vorher bestandenen epileptischen Anfälle auf. Nach 36 Stunden verschlimmerte sich der befriedigenge Zustand des Kranken: Temperatursteigerung, Bewusstlosigkeit, Nackensteifigkeit, rechtseitige Lähmung. Nach einer Woche traten die drohenden Symptome allmählich, aber nicht vollständig zurück. Nachdem sich ein Hirnvorvall eingestellt hatte, überging die bestehende Parese nochmals in eine Lähmung, infolge einer Einklemmung desselben in der Schädellücke. Nach Zurücklegung das Vorfalles und Zudeckung der Schädellücke mit einer angepassten Zelluloidplatte, trat eine Verbesserung und Verschwindung der Einklemmungserscheinungen ein. Heilung in 1½ Monate. b) Bei dem zweiten analogen Falle wurde sofort nach der Wundversorgung prophylaktisch eine Zelluloidplatte eingelegt. Glatte Heilung in 2 Wochen. c) Der 3 Fall, ohne Durawunde zu nähen, wurde auf dieselbe Weise behandelt und nach 24 Tagen geheilt entlassen. Gleichzeitig Mitteilung über den 4. Fall, bei welchem der bestehende Stirnknochendefekt mit dem Schädelknochen von einem exzerebrierten Foetus zugedeckt wurde, jedoch mit viel schlechterem kosmetischen Effekt, als bei den übrigen, bei welchen die Zelluloidplatte verwendet wurde.

Z 2-go oddziału chirurg. Szp. Dz. Jezus
Ordynator: *doc. dr Jerzy Rutkowski.*

Leczenie zakrzepów żylnych kończyn dolnych za pomocą opatrunku uciskowego.

podał
Dr Stefan Śpiewankiewicz.
Asystent oddziału.

Niebezpieczeństwo poporodowych pooperacyjnych zakrzepów i zatorów należy wciąż jeszcze do najbardziej niepokojących powikłań w naszych zabiegach lekarskich. Jest rzeczą zrozumiałą, że staramy się stawiać mu czoło za pomocą wszystkich środków, które mamy w rozporządzeniu, by zmniejszyć w ten sposób liczbę tych poważnych i pod względem rokowania zawsze wątpliwych powikłań do możliwie najniższej granicy. Ze względu na swą doniosłość największe zainteresowanie budzą zakrzepy powstające w dużych naczyniach żylnych, a mianowicie w żyle głównej, w żyle udowej i w żyłach miednicy małej. Chociaż dotychczas wiemy, że tworzenie się zakrzepów mogą wywołać zakażenia, zmiany w ścianie naczyń i zmiany we krwi, to jednak jest nam nieznane, w jaki sposób sam proces ten się odbywa. Nie mniej zagadkowe jest dla nas powstanie zatorów. Nie wiemy, dlaczego w jednym przypadku skrzeplina odrywa się, w innym przypadku nie. Wszystko to jednak nie przeszkodziło klinicystom do opracowania metod postępowania leczniczego, zanim sam problem zakrzepów zostanie dokładnie wyjaśniony. Pierwszy *Fischer* (1910 r.) dowiódł, że objawy zapalne w zakrzepach żylnych szybko ustępują pod wpływem kleinowego opatrunku uciskowego, a równoczesne poruszanie kończynami zabezpiecza przed niebezpieczeństwem zatoru. Zakładając opatrunek uciskowy na kończynę dolną *Fischer* pozwalał choremu chodzić i nie przerywać swojego normalnego zajęcia. Co do stopnia stosowanego ucisku, to ani *Unna,* który w 1887 r. wprowadził kleinę do leczenia chorób skórnych, ani *Bloch* nic nie wspominają o tym. *Fischer* podaje, że należy stosować równomierny ucisk, *Weiss,* który opisuje metodę stosowaną przez *Fischera* i jego syna, mówi o maksymalnym i optymalnym ucisku. Z drugiej strony *Leibholz* chwali opatrunek według *Laskera* i *Brauna* i nazywa go bezuciskowym. Co jeden autor uważa za znaczny ucisk, drugi zaś za ucisk minimalny, trudno jest dociec, gdyż żadne liczby, określające stopień ucisku nie są podawane.

Jeżeli dzisiaj chcemy mówić bliżej o leczeniu uciskowym zakrzepów kończyn dolnych, to musimy w pierwszej linii zastanowić się nad przyczynami wywołującymi zakrzepy, a następnie dopiero wyjaśnić pytanie, co osiągamy przez opatrunek uciskowy i jaką to ma wartość.

Według dzisiejszych zapatrywań przyjętych w nauce w powstawaniu zakrzepów grają rolę trzy główne czynniki, a mianowicie: 1) zmiany szybkości krwi, 2) zmiany ścian naczyń, 3) zmiany samej krwi. Żadna z tych zmian z osobna nie może spowodować powstania zakrzepu. Czynią to dopiero wspólnie wszystkie razem, przy czym nasilenie ich może być bardzo różne. W żyle odpiszczelowej wielkiej i małej, w głębokich żyłach podudzia spotykamy często u ludzi zupełnie zdrowych i pracujących fizycznie pierwotne, samoistnie występujące zakrzepy; w żyłach udowych, w żyłach miednicy małej powstają pierwotne, samoistne zakrzepy, jednakże tylko przy obecności guzów w narządach miednicy,

albo przy dłuższym leżeniu w łóżku, zwłaszcza po zabiegach operacyjnych. To właśnie pozostawanie w łóżku jest według *Payra, Aschoffa, Meyer-Rügg'a, V. Becha, Friedländera* jednym z najbardziej sprzyjających warunków powstawania zakrzepów w żyłach udowych i żyłach miednicy, gdyż stosunki obiegu krwi podczas leżenia zmieniają się całkowicie. Już po kilku dniach siła i napięcie mięśni, mające wpływ na krążenie, zmniejszają się bardzo wyraźnie, zwłaszcza w mięśniach łydki występuje miękkość i obwisłość. Chory sam, albo otoczenie jego zwracają się do lekarza, podając że łydki „obwisają do dołu" jak szmata. Biorąc jeszcze pod uwagę przebieg żyły udowej, która przy poziomym ułożeniu chorego, jak podaje *Aschoff*, przebiega popod więzadłem Pouparta bardzo stromo ponad gałęzią poziomą kości łonowej, (według badań *Friedländera* od hiatus adductor. do lig. Pouparti na przestrzeni 25 cm. żyła udowa wznosi się do góry o 8,5 cm., a żyła biodrowa wykazuje podobne stosunki lecz w kierunku odwrotnym — na przestrzeni 10 cm. spada o 4,5 cm, wytwarzając kąt 43°.6 — miejsce tworzenia się skrzeplin), oraz jeżeli uwzględnimy podobne jeszcze mniejsze zagięcie, które się wytwarza przy ujściu żyły biodrowej wewnętrznej i żyły podbrzusza do żyły biodrowej wspólnej, zrozumiemy dobrze dlaczego w obrębie żyły udowej i w żyłach miednicy często dochodzi do powstawania odległych zakrzepów. Tu właśnie powstają wiry krwi i przerwy w przepływie, mogące powodować małe uszkodzenia śródbłonka naczyń, które dają odpowiednie podłoże dla tworzenia się zakrzepów. że śródbłonek naczyń odgrywa dużą rolę w przyśpieszeniu tworzenia się skrzepliny dowiódł *Lampert*, wykazując różne zachowanie się jego w różnych schorzeniach u różnych ludzi, badanie zaś skrzepliny samej wykazało, że przez dodanie soli można wpływać na jej rozmiar i zdolność do kurczenia się.

Wyżej wspomniane osłabienie mięśni, upośledzające obieg krwi, dotyczy nie tylko mięśni szkieletowych, lecz także mięśni mimowolnych. Osłabienie mięśni żołądka i jelit przejawia się w częstych zaparciach u chorych leżących, osłabienie siły serca jest również wyraźne, co objawia się przy próbach wstawania u chorego leżącego zawrotami głowy i omdleniem.

Celem uciskowego opatrunku będzie usunięcie zaburzeń w krążeniu, wyrównanie wewnętrznego ucisku ogniska zapalnego przez ucisk zewnętrzny i umocowanie zakrzepu wzdłuż całej jego długości przynajmniej z jednej strony do ściany naczynia. Chcąc poprawić krążenie, musimy zwęzić ogólny przekrój światła żył w uciskowym obszarze do tego stopnia, aby zastoje w żyłach znikły. Przeciętny przekrój światła wszystkich żył kończyny nie może jednak być tak mały, aby nie wystąpił zastój żylny obwodowy. Wiemy, że w normalnie szerokich żyłach z dobrze domykalnymi zastawkami ciśnienie słupa krwi na wewnętrzną ścianę naczyń jest ujemne lub może, według *Moritza* i *Tabora*, wynosić 0, a najwyżej 3 mm. Hg. Należy więc w przybliżeniu przyjąć, że przy ucisku zewnętrznym, większym od 3 mm Hg. muszą wystąpić obwodowe zastoje żylne. Przy zupełnym ucisku żył skórnych krew szuka drogi przez żyły głębiej leżące, które są chronione w wysokim stopniu przez dookoła leżące tkanki i odpływ nie będzie upośledzony. Ogólny opór tkanek, tj. opór słupa krwi żylnej + opór ściany naczynia + opór otaczających tkanek, wynosi na podstawie doświadczeń *Friedländera* dla ramienia 10 mm Hg., dla kończyn dolnych liczba powyższa wzrasta o 5 — 10 mm Hg., stosownie do indywidualnych różnic w napięciu tkanek. Ażeby więc znajdującą się w żyle skrzeplinę zespolić ze ścianą naczynia, za-

pobiec dalszej jego wędrówce i w ten sposób uniknąć groźnych następstw, musimy pokonać ogólny opór mięśni i tkanek, wynoszący na podudziu 15 — 20 mm. Hg. na udzie 20 — 25 mm. Hg., bez wywołania jednakże obwodowego zastoju. Przy istniejącym równocześnie stanie zapalnym należy oprócz tego wyrównać od wewnątrz na zewnątrz skierowany ucisk zapalny przez przeciwny ucisk zewnętrzny opatrunku. Następny czynnik, który musimy jeszcze uwzględnić przy nakładaniu opatrunku uciskowego jest krwiobieg tętniczy. że tętniczy dowóz krwi nie może być przerwany przez ucisk opatrunku, rozumie się samo przez się. Także uderzenia ściany tętnicy nie powinny być zmniejszone. Ucisk, który jest w stanie wpływać na pulsowanie ściany tętnicy nazywa *Friedländer* minimalnym ciśnieniem krwi, wielkość którego oblicza, mierząc manometrem już przy najmniejszych początkowych drganiach igły manometrycznej. Wynosi ono u ludzi zdrowych 20 — 60 mm Hg. Liczby jakie otrzymujemy mierząc ciśnienie bądź aparatem *Pachona,* bądź *Korotkowa,* według wyżej wspomnianego autora, nie mają nic wspólnego z minimalnym ciśnieniem tętniczym, gdyż są znacznie większe i wynoszą 90 — 110 mm. Hg., albowiem nie uwzględniona jest tutaj wielkość oporu tkanek, w których znajduje się tętnica, i opór ściany samej tętnicy.

Jak wielki jest opór ściany tętnicy pokazuje okoliczność, na którą zwrócił uwagę *Ewald* przy swoich operacjach: bardzo często nie widać na odpreparowanej tętnicy żadnego tętnienia, które zostaje uwidocznione dopiero przez wywarcie odpowiedniego ucisku na tętnicę. Pulsacyjne poruszanie ściany jest więc według niego absorbowane w ścianie tętnicy, energia ruchu zostaje zamieniona w tarcie, względnie ciepło. Tak samo *Sahli* zwraca uwagę na to, że na t. promieniowej często zostaje uwidocznione tętno dopiero przez wywarcie ucisku z zewnątrz; *During,* nie tłumacząc zjawiska, podaje, że ciśnienie krwi w obwodowych odcinkach kończyn jest czasami większe. *Friedländer* uważa to za wynik większego oporu mocniejszej powięzi podudzia w stosunku do miękkich tkanek uda podczas mierzenia. Przy zaburzeniach w krążeniu ciśnienie minimalne może być wprawdzie powyżej lub poniżej 20 — 60 mm Hg., jednakże wobec tego, że na kończynach dolnych mamy wtedy równocześnie zwiększony, względnie zmniejszony opór tkanek, więc stosując opaskę uciskową nie powinniśmy przekraczać granicy ucisku 40 mm Hg. Przez wielkość zastoju i ciśnienia minimalnego mamy ustalone granice wielkości ucisku kleinowego, jednakże i w tych granicach są dozwolone pewne odchylenia, skoro chce się otrzymać dobre wyniki.

Po omówieniu działania kleiny na krążenie, chcę poruszyć jeszcze wpływ jej na samą skrzeplinę. *Lampert, Payr, Henle* w swych pracach o zakrzepach podają, że świeże skrzepliny w zatorach zawsze mają okrągły przekrój i nigdzie nie stwierdza się na ich powierzchni śladu uprzedniej organizacji z miejsca ich pierwotnego pobytu. Wyciągają oni z tego wniosek, że skrzeplina odrywa się całkowicie w swej wolnej części i zostaje porwana do ogólnego krwiobiegu. A zatem powstanie zatoru jest możliwe tam, gdzie skrzeplina na całej przestrzeni lub tylko w jednym końcu była zespolona ze ścianą naczynia. Nałożenie właściwe opatrunku kleinowego ułatwia przyklejenie się skrzepliny do ściany naczynia oraz wpływa dodatnio na jej organizację. Jak szybko następuje organizacja pod wpływem opatrunku kleinowego, tego nie wiemy. *Friedländer* na podstawie badań pośmiertnych twierdzi, że wystarczająco mocne przyklejenie skrzepliny do ściany następuje już w kilka godzin. W okresie

późniejszym bardzo ważne jest nie wpływać ujemnie przez zbyt duży ucisk na rekanalizację skrzepliny, gdyż przez vasa vasorum muszą dopływać środki odżywcze w obfitej ilości, które po zużyciu winny być szybko wydalone, zbyt wielki zaś ucisk wywołuje zmniejszenie czynności w tych małych naczyniach i daje zrozumiale ujemny wynik, opatrunek przeto winien być zmieniany i dostosowany każdorazowo do odpowiednich warunków krążenia krwi.

Zanim przejdę do wskazań leczenia uciskowego i opisu samej techniki nakładania opatrunku kleinowego, pragnąłbym uprzednio poruszyć sprawę rozpoznawania zakrzepów, gdyż niejednokrotnie objawy te są tak nieznaczne, że rozpoznajemy zakrzep dopiero po następstwach jakie wywołuje, a którymi są zator lub też zawał krwotoczny w płucach. Stosunkowo duże trudności sprawia rozpoznanie, jak to stwierdziliśmy w jednym z naszych przypadków, w podostrym zapaleniu żył, zwłaszcza jeżeli brak takich objawów, jak stwardnienie wzdłuż przebiegu żyły, zaczerwienienie z bolesnością uciskową tejże, bolesne kłucia przy obciążeniu kończyny, kłujące bóle w tkance zapalnej przy kaszlu *(Halban)*. Ten ostatni objaw był spostrzegany przez *Halbana* we wszystkich przypadkach zapalenia żył kończyn dolnych. *Friedländer* stwierdził go w dużej ilości, bo w 50% wszystkich przypadków zapalenia żył uda, w przypadkach zapalenia żył podudzia występuje on bardzo rzadko, w naszych przypadkach objaw ten występował w 22%. Rozpoznając więc zakrzep powierzchowny, musimy przy badaniu miejscowym najpierw wyłączyć podobne do nich powierzchownie leżące kamienie żylne — flebolity, erythema induratum Bassini, erythema multiforme, zapalenie naczyń chłonnych. Przy głębokich zakrzepach trudności rozpoznawcze są jednak większe, ponieważ powrózek, który wyczuwamy przy powierzchownych zakrzepach, tutaj jest prawie niewyczuwalny, wystąpienie obrzęku nie jest pewną oznaką, gdyż obrzęk może być lub może go nie być, poza tym obrzęk obustronny może wystąpić w chorobach serca. Głęboki zakrzep możemy tylko wtedy napewno rozpoznać, jeżeli przy osłabionym krążeniu, albo po zabiegu operacyjnym, wystąpi t. zw. początkowy *(Suilhema)* obrzęk kończyny w jej górnej części po stronie zewnętrznej, jak i po wewnętrznej, lub nawet na powierzchni przedniej, z bolesnością samoistną i uciskową w punktach *Meyera* i *Ducuinga*, po uprzednim wyłączeniu reumatycznych bólów mięśniowych, rwy kulszowej, neuritis femoralis, bolesności mięśni przywodzących występujących często u praczek i w cukrzycy. Na ogół należy powiedzieć, że głębokie zakrzepy częściej przypuszczamy niż napewno rozpoznajemy. Duże znaczenie rozpoznawcze ma podwyższenie ciepłoty, zwłaszcza gdy występuje po operacji i jeżeli nie znajdujemy dla niego żadnego innego wyjaśnienia. Musimy jednak zaznaczyć, że są opisywane dość częste przypadki *(Michaelis)* ciężkich, szybko rozszerzających się zakrzepów z ostrymi objawami zapalnymi, przebiegające bez podwyższenia ciepłoty (znane przypadki po ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego w 8. dniu choroby). Oprócz rozpoznania miejscowego należy jeszcze w każdym przypadku zakrzepu zwrócić baczną uwagę na badanie serca i krążenie krwi *(Morawitz, Jaschke)*. Zwraca na to uwagę ostatnio *Feller*, który badając sekcyjnie przypadki śmiertelnych zatorów z ostatnich 25 lat w 92% znalazł zmiany w sercu. Zapalenia pęcherza *(Springer)* i miedniczek nerkowych *(Guilhem)*, alkoholizm, rozstrzeń oskrzeli, zapalenie płuc opadowe *(Bingold)*, ropnie migdałków *(Franck)*

muszą być również brane pod uwagę. Według *Friedländera* zakrzep nie jest izolowanym schorzeniem w organiźmie, lecz jest zależny od innych narządów i schorzeń ciała i sam także ze swej strony wpływa na nie.

Do leczenia uciskowego kleiną nadają się wszystkie schorzenia zakrzepowe żył kończyn dolnych, nawet jeżeli zakrzep sięga powyżej więzadła Pouparta do miednicy małej *(Fischer* i *Friedländer),* o ile nie ma przeciwwskazań ze strony równoczesnych schorzeń kończyn w postaci ropienia albo guzów. Do leczenia uciskowego wystarcza nawet podejrzenie na obecność zakrzepu lub zapalenia żyły. Periphlebitis daje przeciwwskazanie jedynie wówczas, jeżeli ciepłota dochodzi powyżej 38^0 i przy ropnym nacieczeniu. Bezwzględne przeciwskazania stanowią rozległe czyraki, czyraki gromadne, ropowice, otwarte sprawy gruźlicze w miejscu gdzie ma być nałożony opatrunek uciskowy, ostre zapalenia naczyń limfatycznych i ostre zapalenie nerwów. Najlepszy okres do nałożenia opatrunku uciskowego, to pierwsze 24 — 48 godz., zwłaszcza w przypadkach z ostrymi objawami zapalenia, które nie wykazują skłonności do ropnego nacieczenia; błędem byłoby w tych przypadkch czekać aż objawy zapalne pod wpływem leczenia okładami ustąpią, gdyż często wędrują one z miejsca na miejsce i tak możnaby czekać kilka tygodni i nie wykorzystać najodpowiedniejszego okresu dla leczenia.

Pod wpływem leczenia uciskowego znikają bóle, jak utrzymuje *Friedländer* i co stwierdziliśmy w naszych przypadkach, nieraz w kilka godzin. W przypadkach późniejszych, leczonych początkowo okładami i unieruchomieniem również bez względu na czas trwania choroby należy zakładać opatrunek uciskowy. Technika nakładania opatrunku uciskowego byłaby dość prosta, gdybyśmy mieli ściśle określone wielkości stosowanego ucisku (w przybliżeniu tylko na podudziu 15 — 20 mm Hg., na udzie 25 — 30 mm Hg.). Ucisk powinien być, tak jak podają *Fischer* i *Friedländer,* w każdym poszczególnym przypadku różny i odpowiednio dostosowany do umiejscowienia zakrzepu, wielkości obrzęku i stopnia zaburzeń krążenia. W pierwszych 25 przypadkach nakładaliśmy opatrunek ściśle według metody podanej przez *Friedländera,* pozostawiając stawy skokowy i kolanowy wolne, o ile sprawa zakrzepowa nie była umiejscowiona w tych okolicach. Obecnie we wszystkich przypadkach unieruchamiamy kleiną staw skokowy, co znacznie zmniejsza bóle w łydce dzięki podtrzymaniu stopy; staw kolanowy, mimo nawet obecności sprawy zakrzepowej w tej okolicy pozostawiamy wolny, chcąc w ten sposób zabezpieczyć się przed powiększeniem obrzęku, który zawsze występuje w okolicy kolana po zastosowaniu ucisku, oraz utrzymać możność poruszania kończyną przy zmianie odpowiedniego ułożenia kończyny. O ile sprawa zakrzepowa sięga powyżej więzadła pachwinowego i znajduje się już w miednicy małej, opatrunek kleinowy zakładamy aż do połowy brzucha, modelując bardzo dokładnie dół pachwinowy, przy czym nakładamy warstwy opaski nie w postaci okrężnych obwoi, a pasów (longet), uprzednio przygotowanych, unikając w ten sposób stałego unoszenia chorego. Ilość warstw opaski i szerokość tychże dostosowujemy ściśle do wielkości ucisku, jaki chcemy w danym przypadku wywrzeć od zewnątrz, i do miejsca, w którym znajduje się zakrzep. *Fischer* i syn jego stosowali kleinę według przepisu *Unny* z dodatkiem ichthyolu i tylko na podudziu, na udo zaś elastoplast. *Friedländer, Gorband* używają, stosując się do badań przeprowadzonych przez *Pauli,* kleinę z dodatkiem $Ca\ (OH)_2$:

Zinci oxydati	150.0
Gelatinae	150.0
Glycerin.	250.0
Calcii hydroox.	20.0
Aquae destillatae ad	1000.0

Elastoplastu nie używają zupełnie, przy czym zalecają opaski muślinowe, smarując każdą warstwę kleiną oddzielnie. Unikają oni zupełnie zakładania gotowych nasiąkniętych kleiną opasek, gdyż sprawiają one duże dolegliwości przy zdejmowaniu; opaski płócienne wg. wyżej wspomnianych autorów nie są odpowiednie, gdyż są za grube. Plastry elastyczne (elastoplast PEBECO), które zastosowaliśmy w 3 przypadkach, nie są według naszego zdania dobre przy nakładaniu na udo, gdyż źle przylegają w okolicy pachwiny, zwijając się i wywołując w następstwie podrażnienia skóry (2 przypadki). Dosyć dobre są „trombofiksatory" wyrabiane przez fr.: ORTTOPROBAN Wien (stosowano je w 2 przypadkach), jednak w swych obwodowych odcinkach muszą być lekko nałożone, aby nie uciskały. Nie nadają się one w tych przypadkach, gdzie zakrzep jest umiejscowiony wysoko na udzie, a opaska musi sięgać powyżej jego granic i dość silnie uciskać. Postępowanie lecznicze uzależniamy od tego, czy chory przed powstaniem sprawy zakrzepowej, bez względu na jej lokalizację, pozostawał przez pewien okres czasu w łóżku, czy też sprawa zakrzepowa rozwinęła się nagle i czy upłynął od jej początku okres 48 godzin. W przypadkach, gdzie chory pozostawał przez dłuższy czas w łóżku, nakładamy natychmiast opatrunek kleinowy na kończynę całą lub tylko na podudzie, zależnie od umiejscowienia zakrzepu i układamy odpowiednio kończynę: przy zakrzepach podudzia układamy kończynę w pozycji poziomej, podkładając mały wałeczek pod kolano i ścięgno Achillesa, przy zakrzepach uda i zakrzepach idących do miednicy małej układamy kończynę według *Kramera,* tj. zgiętą w stawie biodrowym pod 45°.

Celem tego ułożenia jest, jak to podaje *Kramer,* nadać żyle udowej kierunek żyły biodrowej zewn., aby w ten sposób ułatwić swobodny odpływ krwi żylnej z kończyn dolnych i zaoszczędzić pracy prawemu sercu, osłabionemu chorobą. Przy wyprostowanym bowiem stawie biodrowym naczynia wskutek napięcia przydanki zieją, przy zgiętym zaś zapadają się i, jak dowiodły doświadczenia *Tandlera,* w ten sposób wiry krwi znikają, krew równym strumieniem płynie z uda do miednicy. Podudzie przy równocześnie zgiętym stawie kolanowym układamy wyżej równolegle do poziomu. Przez zgięcie stawu kolanowego obwód kolana tuż przy udzie powiększa się o 2 — 3 cm., światło przebiegających żył wskutek pociągania przydanki rozszerza się, przez co działanie ssące żył zwiększa się i to ułatwia odpływ krwi z podudzia do uda, a tętnica podkolanowa i towarzyszące żyły oddalają się od kości. Więzadła stawowe nie są napięte i cały staw kolanowy znajduje się w najwygodniejszym ułożeniu, t.zw. pośrednim. Przy tym ułożeniu musimy zwrócić baczną uwagę na to, by podudzie nie opadało ku dołowi, stopa nie była ustawiona w pozycji końskiej, staw biodrowy nie był w skręceniu na zewnątrz, oba zaś pośladki ułożone były na jednakowej wysokości. Zmianę opatrunku kleinowego uzależniamy od szybkości ustępowania obrzęku i bólów kończyny. W naszych wszystkich przypadkach, o ile kleina była dobrze nałożona (2 rązy za silny ucisk, bóle nie zniknęły, zmiana kleiny), bóle znikły prawie zaraz po nałożeniu opatrunku, obrzęki zmniejszyły się bardzo szybko, tak że opatrunek stawał się za luźny najwyżej po czterech dniach. W 8. — 10. dniu obrzęki nawet w przypadkach zakrzepów miednicy małej zupełnie ustępowały, ciepłota obniżała się zupełnie

w 3., najpóźniej w 5. dniu. Wykonywanie ruchów, z przeciwwskazaniem wykonywania wszelkich nagłych ruchów — czy to metodą *Walhanda,* czy też *Payra, Henlego* t.zw. „Spaziergang im Bett" rozpoczynamy w przypadkach leczonych kleiną w okresie późnym w drugim tygodniu, tj. po okresie organizacji, gdy jak podaje *Friedländer* prawie nie wchodzi w grę niebezpieczeństwo zatoru. W powyższym okresie należy bacznie obserwować serce i, jak podaje *Jaschke, Mandl, Klug, (Magnus)* podawać małe dawki naparstnicy lub koraminy, przygotowując je do zwiększonej pracy po wstaniu z łóżka i do późniejszego chodzenia. *Noll, Jaschke* ostrzega aby nie podawać zbyt dużych dawek naparstnicy czy też innych środków sercowych, a to celem uniknięcia działania zbiorowego. W czasie chodzenia winien chory od samego początku chodzić dużymi sprężystymi krokami, nie używając laski, a przy siadaniu, o ile mieliśmy do czynienia z zakrzepem żył udowych, zwracać baczną uwagę by brzeg krzesła nie uciskał uda. Pilne i prawidłowe chodzenie zabezpiecza przed powstawaniem wtórnych obrzęków. W przypadkach świeżych, gdzie nie upłynęło 48 godzin od powstania choroby, a chorzy nie pozostawali zupełnie przed powstaniem sprawy zakrzepowej w łóżku, pozwalamy im chodzić w nałożonym opatrunku tego samego lub następnego dnia po ustąpieniu bólów. Całkowity okres leczenia w przypadkach t.zw. lekkich trudno jest określić, w przypadkach ciężkich według naszego osobistego doświadczenia i innych autorów wynosi od 4 — 8 tygodni, przy czym kleinę usuwamy zazwyczaj po 8 tygodniach, zalecając choremu kąpiele i noszenie opasek elastycznych na podudzie, udo pozostawiamy wolne.

Jeżeli w czasie leczenia wskazane jest stosowanie wstrzyknięć domięśniowych z tych czy innych względów, to według *Friedländera, Mahlera,* należy unikać dawania ich w pośladki i kończyny dolne (możliwość wywołania świeżych zakrzepów w miejscu ukłucia), a dawać je do żył dołu łokciowego. Stosując powyższy sposób postępowania w 52 przypadkach otrzymaliśmy we wszystkich całkowite wyleczenie (z których w jednym z objawem zakrzepu żyły głównej dolnej), i w żadnym przypadku nie mieliśmy powikłań w postaci zatoru czy też zawału w płucach.

Przypadki nasze dotyczą zakrzepów:

1) pooperacyjnych uda i podudzia — 22
2) poporodowych uda i podudzia — 14
3) poporonieniowych uda i podudzia — 11
4) urazowych uda i podudzia — 5

Na korzyść wyżej opisanego postępowania przemawiają następujące dane statystyczne, jakie podaje *Kramer* z oddziału *Ewalda:* w ostatnich 14 latach przed zastosowaniem opatrunku uciskowego zmarło z powodu zatorów 16% chorych na zakrzepy, stosując od 2 lat opatrunek uciskowy w 196 przypadkach tylko w jednym przypadku zakrzepu żył miednicy małej było zejście śmiertelne z powodu zatoru, i to w tym okresie początkowym, kiedy technika nakładania opatrunku nie była szczegółowo opracowana. *Friedländer* podaje statystykę 90 przypadków zakrzepów żył miednicy małej oraz 800 przypadków zakrzepów kończyn dolnych — wszystkie (te ostatnie leczone były w domu u chorych kasowych) z wynikiem dobrym i bez żadnych powikłań. *Ewald* podaje, że od czasu kiedy wprowadzono w Wiedniu leczenie uciskowe zapalenia żył, spotyka coraz rzadziej chorych z ciężkimi zakrzepami na swoim oddziale. Według danych statystycznych podanych przez Wied. Kasę Chorych niezdolność chorych do pracy z powodu zakrzepów kończyn dolnych wynosiła 7¾ dni (w naszych przypadkach 10 — 12 dni), przytem zaoszczędzono w

ciągu jednego roku koło 150,000 szylingów. Widzimy, że dzięki leczeniu uciskowemu terapia zakrzepów żylnych zrobiła duży krok naprzód, pomimo to zapobieganie i rozpoznanie nie są jeszcze dzisiaj w tej dziedzinie doskonałe. Praca *Lamperta* dowiodła, że rozstrzygający głos w powyższej sprawie będzie miała prawdopodobnie chemia koloidalna, jak również i anatomia patologiczna, zwłaszcza że ostatnie badania *Baumana* z zakładu anatomii patologicznej zwierząt wykazały, że zjawiska zakrzepów u zwierząt występują bardzo rzadko, przypadków śmierci z powodu zatorów nie ma. To zdaje się przemawiać za tym, że stałe napięcie mięśni szkieletowych u zwierząt (pozycja stojąca) nawet w przypadku wytworzenia się skrzepliny wpływa na jej szybkie przyklejenie się do ściany i zapobiega następstwom w postaci zatoru, co również przemawia na korzyść leczenia uciskowego zakrzepów u ludzi.

PIŚMIENNICTWO:

Bocheński: Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologii. „Ginekologia Polska" Tom XIV zeszyt 7 — 9 1935 r. *H. Fischer:* Med. Klinik, 1910, H. 30. *H. Fischer:* M. m. W., 1923, H. 4. *E. Fischer:* Med. Welt, 1932, S. 1597 i 1647. *K. W. Fischer:* M. Kl., 1923, S. 1329. *E. Friedländer:* W. m. W., 1933, H. 19 i W. m. W., 1934, H. 13. *E. Friedländer:* Die Kompressionsbehandlung der Venenentzündung. Wiener klinische Wochenschrift 1935, Nr. 23 i 24. *E. Friedländer:* Anatomische Grundlagen zur Behandlung der Beckenvenenentzündung und Femoralisthrombose, Wiener klinische Wochenschrift 1936, Nr. 35. *F. Jacger:* Aetiologie und Therapie der Varizen, Berlin 1936. *T. Kielanowski:* W sprawie patogenezy zatorów zakrzepowych tętnicy płucnej Pol. Gaz. Lek. r. 1935 str. 62. *H. Lampert:* Thrombose und Embolie in kolloidchemischer Betrachtung. *G. Nobl.:* Konservative Krampfaderbehandlung für praktische Aerzte. *G. Nobl:* Der variköse Symptomenkompleks. *H. Wójcicki:* Zakrzepy i zatory w ginekologii i położnictwie. Gin. Pol. r. 1932, str. 753.

R E S U M É:

Le traitement de la thrombose veineuse des membres inferieures

par

dr S. Śpiewankiewicz.

En se basant sur nos 52 cas personels nous pouvons dire, que la méthode de *Fischer* du traitement de la thrombose veineuse des membres inferieures est très éfficace. Elle diminue les douleurs dans les membres, raccourcie sensiblement le temps de guérison et rends très rapidement le malade a sa vie normale. Nous n'avons pas observé aucune complication pendant le traitement selon la méthode de *Fischer*.

K A Z U I S T Y K A

Przypadek nadnerczaka nerki z towarzyszącą mu czerwienicą

podał

Dr Stefan Czubalski.

Nowotworom złośliwym towarzyszy zazwyczaj w okresach późniejszych wtórna anemia mniej lub więcej zaznaczona. Zespół ten występuje szczególnie jaskrawo w nowotworach złośliwych narządów miąższowych, jak również w nowotworach

przewodu pokarmowego. Jednakże w pewnych przypadkach, chociaż rzadko spotykanych, nowotworom złośliwym może towarzyszyć wzmożona ilość czerwonych ciałek krwi. Skojarzenie nowotworu z czerwienicą jaskrawo ze soba koliduje z punktu widzenia klinicznego, i może być rozpatrywane jedynie pod kątem widzenia współistnienia dwóch odrębnych i niezależnych schorzeń. Połączenie takie prowadzić nas może niekiedy na błędne drogi rozumowania i utrudnić prawidłowe i szybkie rozpoznanie, szczególnie w przypadkach nowotworów złośliwych trudnych do wykrycia. Dla przykładu przytaczam przypadek, spostrzegany przezemnie.

wargi ciemno - wiśniowe, śluzówka jamy ustnej mocno czerwona. Język wilgotny, źrenice prawidłowo reagują na światło. Ciśnienie 130/170, w płucach i sercu zmian klinicznych nie stwierdza się. Przy badaniu jamy brzusznej stwierdza się guz, wychodzący z lewego podżebrza. ruchomy, balotujący, o spoistości twardej, tkliwy przy ucisku. Śledziona opukowo w granicach prawidłowych. Gruczoł krokowy bez zmian. Ze strony układu nerwowego brak zmian klinicznych. W celu ustalenia rozpoznania przeprowadziliśmy następujące badania: Zdjęcie rentgenowskie dróg moczowych obecności kamienia nie wykazało. Urografia dożylna wykazała słabsze wypenianie się lewej miedniczki nerkowej, która, jak się wydaje, jest od dołu uciśnięta, wskutek czego łukowato wygina się ku górze. Nerka lewa ma jakby dwie wnęki, od wklęśnięcia położonego niżej rozpoczynają się zarysy okrągławego tworu, powiększa-





Mężczyzna l. 53 zgłosił się do mnie dnia 15.X 1937 r. z powodu lewostronnej kolki nerkowej, którą poprzedzał krótkotrwały krwiomocz. Chory podaje, że w ciągu ostatnich 2 lat leczył się na wątrobę, jeździł z tego powodu dwukrotnie do Morszyna i pozostawał w związku z tym na ścisłej diecie. Znacznie wychudł; pije i pali. Chorób wenerycznych nie przechodził. Skarży się na ogólne osłabienie i uporczywe bóle głowy.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie średnie; chory podniecony, ciepłota prawidłowa, skóra na twarzy o zabarwieniu czerwonawym,

jącego rozmiary nerki. Wziernikowaniem zmian w pęcherzu nie stwierdzono. Badanie czynnościowe nerek (indygotropina dożylnie) wykazało prawidłową czynność prawej nerki i nieznaczne upośledzenie lewej. Pyelografia wstępująca lewej miedniczki nerkowej wykazała nieznaczne rozszerzenie miedniczki wraz z kielichami; dolny kielich ma zarys nie ostry, jakby lekko postrzępiony. Badanie moczu wykazało 3 — 4 świeże czerwone ciałka krwi w polu widzenia. Czas krzepnięcia — 10 minut, czas krwawienia — 7 minut. Mocznik we krwi 0,21 pro mille, chlorki w surowicy —

5,84 pro mile. Badanie morfologiczne krwi (dwukrotnie sprawdzane) wykazało: ilość erytrocytów 8,050,000, hemoglobina 140 Sahli). Wskaźnik barwliwości — 1,05. Ilość leukocytów — 9.800. Wzór Schillinga: bazofile 0, eozynofile 4%, neutrofile 71%, monocyty 2%, limfocyty 23%. Wyniki badania rentgenowskiego klatki piersiowej i okrężnicy po wlewie kontrastowym zmian uchwytnych nie wykazały.

Rozpoznałem w powyższym przypadku nowotwór złośliwy lewej nerki oraz pierwotną czerwienicę.

24.X 1937 r. poddałem chorego zabiegowi operacyjnemu wycięcia lewej nerki. Operacja technicznie nie nastręczała trudności. Jedynie miałem kłopot z uśpieniem chorego: dopóki nie utracił on znacznej ilości krwi w początkowym okresie operacji, co zostało celowo dokonane przez nas, nie mógł być prawidłowo uśpiony; przypisuję to nadmiernej ilości czerwonych ciałek krwi u chorego.

Przebieg pooperacyjny gładki. Dnia 11.XI 1937 r. został wypisany z raną zagojoną. Rozpoznanie histopatologiczne guza nerki wykazało n a d n e r c z a k a, mieliśmy więc w danym przypadku do czynienia z *dwoma współistniejącymi schorzeniami.*

Co się tyczy erytrocytozy, odróżniamy erytrocytozy czynnościowe, powstające w normalnych warunkach, np. w klimacie górskim i na podłożu stanów chorobowych, naprz. w zwężeniach ujścia tętniczego prawego itd. Są to tak zwane wtórne erytrocytozy. W naszym przypadku rozpoznaliśmy czerwienicę (erytrocytozę) pierwotną, w której zwiększona ilość czerwonych ciałek krwi stanowi istotę schorzenia. Obraz kliniczny czerwienicy w zupełności odpowiada obrazowi krwi i ogólnemu stanowi naszego chorego. Powiększenie śledziony i zwiększenie ciśnienia krwi nie są stałym i koniecznym objawem czerwienicy (*Moravitz*).

Na zakończenie muszę podkreślić, że u osobników z czerwienicą spostrzegałem występowanie krwiomoczu z następową kolką nerkową, o czym należy pamiętać w różnicowaniu spraw toczących się w nerce, a powodujących krwiomocz.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala O. War. Wilno.

Nowa klamra wyciągowa i jej zastosowanie

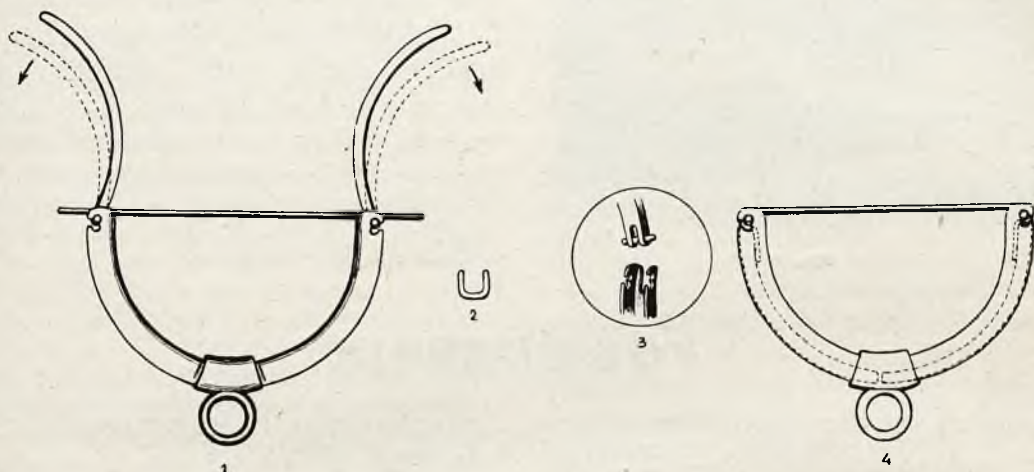
podał

Mjr dr Julian Pędzich
st. ordynator oddziału.

Podaję opis i rysunki klamry wyciągowej własnego pomysłu, która umożliwia zastosowanie wyciągu drutowego na szynie odwodzącej w złamaniach kości ramiennej, a także i w innych złamaniach. Zaletę jej stanowią niewielkie rozmiary i bardzo prosta konstrukcja.

Klamra ma kształt łuku (180°), o brzegach zagiętych na zewnątrz, podobnie jak wygięta rynienka. Na obydwu jej końcach znajdują się 2 półokrągłe wcięcia, w których obracają się bolce 2-ch dźwigni. Obydwie te dźwignie układają się w rowku klamry i wypełniają go całkowicie w ten sposób, że, stanowiąc połowę wielkości klamry, prawie stykają się swymi końcami na szczycie klamry. U nasady dźwigni, tam gdzie są osadzone bolce, znajdują się otwory, w które wkłada się drut. Przez jednoczesny obrót obydwu dźwigni o 180° zawija się częściowo drut ponad bolcami, a przytem bardzo silnie go napina i równocześnie wskutek tarcia fiksuje się w ot-

worach. Aby dźwignie utrzymywały się w rowku klamry, umieszczona jest na szczycie klamry zasuwka, którą nasuwa się kolejno na końce obydwu dźwigni. W zasuwkę wkręcona jest śruba, która utrzymuje zasuwkę po napięciu drutu.



Rys. 1. 1) Sposób założenia i napinania drutu. 2) Przekrój ramienia klamry. 3) Zawiasa dźwigni. 4) klamra z napiętym drutem.

Załączone rysunki ilustrują konstrukcję klamry (rys. 1).

Chcąc dobrze napiąć drut wyciągowy należy 1) jednocześnie obracać obydwie dźwignie, 2) dobierać drut średniej grubości, 3) po przekłuciu przez wyrostek łokciowy przyciąć drut tak, aby był dłuższy od cięciwy klamry o 4 — 5 cm.

O ile nie uwzględni się powyższych warunków np. jeżeli obraca się najpiew jedną dźwignię, a potem drugą lub jeżeli bierze się drut zbyt cienki, to można nie uzyskać dostatecznego napięcia drutu. To samo grozi jeżeli bierze się drut zbyt długi i końce jego nie mieszczą się w klamrze, albo zbyt krótki, a wtedy dźwignie nie zdołają uchwycić za końce drutu.

Klamrę tę stosowałem klikakrotnie w leczeniu złamań szyi i trzonu kości ramiennej, przy czym kończyna była ułożona na szynie odwodzącej (patrz opis w „Chirurgu Polskim" Nr. 1/36), a wyciąg za pomocą opisanej klamry za drut przekłuty przez wyrostek łokciowy (Rys. 2). W jednym przypadku główka kości ramiennej była tak dalece przesunięta i rozmiażdżona, że właściwie zachodziła konieczność wycięcia jej, jednak pod wpływem wyciągu wyrostek łokciowy odłamki nastawiły się poprawnie i zostały odtworzone stosunki anatomiczne w stawie karkowym. Klam-



Rys. 2.



Rys. 3.

rę tę stosowałem również dwukrotnie w leczeniu skośnym złamań kości podudzia: w tych przypadkach jedną klamrę zakładałem za guzowatość piszczela, a drugą za kość piętową, rozciągałem odłamki podudzia śrubą Böhlera i po nastawieniu pod kontrolą rentgenowską zagipsowywałem wraz z klamrami podudzie, stopę i połowę uda. W obydwu przypadkach uzyskałem wyleczenie w dobrym ustawieniu. Załączone zdjęcie ilustruje sposób założenia opatrunku (rys. 3) [1]).

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 20 czerwca 1938 r.

Doc. W. Ostrowski i dr M. Zaleski:

PRZYPADEK JAMY GRUŹLICZEJ PŁUCA LECZONEJ ZA POMOCĄ PLOMBY ZEWNĄTRZOPŁUCNOWEJ, W ŚWIETLE BADAŃ TOMOGRAFICZNYCH.

(str. własne)

Doc. Ostrowski: Z pośród metod rozpoznawania zmian chorobowych w płucach największą bodaj wartość dla chirurga przedstawia badanie promieniami Rentgena. Bo przecież głównie na podstawie wyników prześwietlań klatki piersiowej i zdjęć, niekiedy wielokrotnych w rozmaitym ułożeniu choregu, możemy sądzić o istocie cierpienia, o rozległości i umiejscowieniu zmian chorobowych oraz należycie ocenić potrzebę, rodzaj i celowość zabiegu operacyjnego.

W szczególności potrzeba dokładnych badań rentgenologicznych zjawia się w tych razach, gdzie chodzi o leczenie jamy szczytowej w płucu za pomocą plomby zewnątrzopłucnowej. Konieczne wtedy bywa ustalenie rozmiarów jamy, ścisłego jej umiejscowienia, rozległości zrostów wewnątrzopłucnowych i grubości ścian samej jamy. Zwykłe zdjęcia, przednio - tylne i boczne, przeważnie dostarczają tych danych. Mało dokładna bywa jedynie ocena grubości ścian jamy gruźliczej w płucu na podstawie takich zdjęć, nawet w połączeniu z bezpośrednim badaniem pod ekranem. Zbyteczne zaś jest dodawać, że jama znajdująca się tuż pod powierzchnią szczytu płuca łatwo może ulec przedziurawieniu bądź podczas samej operacji, bądź wkrótce po zabiegu.

W takich przypadkach bardzo pomocne okazują się zdjęcia rentgenowskie przekrojowe, t. zw. *tomograficzne*, które dają obraz jamy w płucu w dowolnej odległości od ściany klatki piersiowej. Na podstawie serii zdjęć dokonanych na rozmaitej głębokości, możemy dość łatwo osądzić, jak się przedstawiają ściany jamy i w jakim stopniu niebzepieczeństwo jej przedziurawienia wchodzi w rachubę. Nie wspominam tu o szeregu cennych danych, jakie poza tym zdjęcia takie dostarczają.

Zdjęcia tomograficzne, wykonane po operacji plomby zewnątrzopłucnowej, pozwalają znów na bardzo dokładną ocenę wyników zabiegu w sensie pomniejszenia rozmiarów jamy w płucu, względnie jej całkowitego zniknięcia. Odpadają wtedy całkowicie wątpliwości, które nie zawsze rozstrzygnąć mogą zdjęcia zwykłe, a dotyczące głównie zagadnienia, czy jama istotnie się zapadła, czy też trwa ukryta za cieniem plomby.

Szerszemu zastosowaniu badań tomograficznych stoi na przeszkodzie ich koszt. Z tego powodu, obecnie przynajmniej, do badań tych uciekać się możemy tylko w razach wyjątkowych. Pozwalam sobie przedstawić taki wyjątkowy przypadek,

---

[1]) Klamrę wyrabia f. Bancewicz w Wilnie.

gdzie badania tomograficzne zostały wykonane zarówno przed operacją, jak też po operacji.

Chora Z. K. młoda mężatka, z powodu dolegliwości płucnych w marcu 1934 r. poddała się badaniu lekarskiemu, które wykazało zmiany gruźlicze jamiste w szczycie płuca prawego i zmiany wysiękowe w szczycie lewym. Udała się do sanatorium, gdzie w maju 1934 r. wykonano jej odmę leczniczą po stronie prawej. Odma dała bardzo dobry wynik, jeżeli chodzi o płuco prawe, nie wpłynęła jednak na rozwój sprawy w płucu lewym, w którym w maju 1935 r. stwierdzono powstanie jamy na wysokości lewego obojczyka. Próba zastosowania odmy piersiowej po stronie lewej nie udała się. W czerwu 1935 r. dokonano wyrwania lewego n. przeponowego, co jednak nie doprowadziło do zlikwidowania jamy. Stosowano więc nadal leczenie zachowawcze w sanatoriach (ogółem przez 3 lata), ale bez wyniku, ponieważ stan chorej wyraźnie się pogarszał: uporczywy kaszel, gorączka do 38°, dość obfita plwocina zawierająca liczne prątki Kocha, zaburzenia jelitowe, stopniowe powiększanie się jamy w lewym szczycie, która w kwietniu 1937 r. osiągnęła rozmiary jaja kurzego.

Tę jamę właśnie wypadało na podstawie badań i obserwacji uważać za główne źródło objawów chorobowych ogólnych i miejscowych. Niepowodzenie leczenia dotychczasowego nakazywało szukać ratunku w zabiegu operacyjnym.

Znacznego stopnia spadnięcie płuca prawego na skutek odmy leczniczej, którą ze względu na zmiany prawostronne należało podtrzymywać nadal, nie pozwalało na zastosowanie operacji plastycznej po stronie lewej. W rachubę wchodziła przede wszystkim operacja plomby zewnątrzopłucnowej, zabiegu o działaniu wybitnie wybiórczym, skierowanym wyłącznie na chory odcinek płuca, nie pomniejszającego powierzchni oddechowej płuca, już i tak bardzo ograniczonej przez odmę prawostronną i porażenie lewej połowy przepony. Badania tomograficzne pozwalały sądzić, że operacja będzie skuteczna i pozbawiona większego ryzyka. W kwietniu 1937 r. w znieczuleniu miejscowym wykonana została operacja plomby zewnątrzopłucnowej parafinowo - bizmutowej (150 gr.) przez I międzyżebrze po stronie lewej od przodu. Powikłań pooperacyjnych nie było. Chora po operacji spędziła kilka miesięcy w sanatorium. Stan jej wybitnie się poprawił. Kilkakrotne, wykonywane co kilka tygodni, badania plwociny na obecność prątków gruźlicy dawały wynik ujemny. Badania rentgenowskie, w tym tomograficzne, wykazały zupełne prawie zniknięcie jamy. Jak się zdaje, udało się całkowicie opanować niebezpieczeństwo.

W końcu maja 1938 r. stan chorej przedstawiał się jak następuje: nie gorączkuje, kaszle niewiele, w plwocinie prątków gruźliczych się nie stwierdza. Samopoczucie dobre, na wadze przybyła. Odma prawostronna ulega stopniowej likwidacji. Zdjęcia rentgenowskie zwykłe i przekrojowe nie wykazują żadnych śladów jamy w szczycie lewym.

Dr Zaleski: Badanie warstwowe (tomografia) wykonane u pacjentki przed zabiegiem operacyjnym miało na celu określenie odległości pomiędzy jamą a przednią ścianą klatki piersiowej. Stwierdzono iż odległość ta wynosi około 1,5 cm., a tym samym — zabieg jest wykonalny bez naruszenia ściany jamy. Tak też okazało się w rzeczywistości.

Po założeniu plomby badano pacjentkę tomograficznie powtórnie, aby sprawdzić skuteczność uciśnięcia jamy, które przy prześwietlaniu i na zdjęciach zwykłych wydawało się zupełne. Jeden z tomogramów ujawnił nieuciśniętą pozostałość jamy w kształcie półksiężycowatej szczeliny w wymiarze strzałkowym około 1 cm.

Wreszcie ostatnio, w rok po zabiegu, ani zwykłe badanie rentgenowskie, ani tomografia nie stwierdza żadnej pozostałości jamy, co w zupełności odpowiada bardzo dobremu stanowi klinicznemu pacjentki.

Przy sposobności streszczam zasadę tomografii. W tomografie lampa i błona rentgenowska wykonują w czasie zdjęcia jednoczesny ruch sprzężony, wahadłowy po odcinku koła, w kierunkach przeciwnych. Są one połączone za pomocą dźwigni w ten sposób, że dają się poruszać wokoło poziomo ułożonej osi.

Wszystkie punkty ciała, które leżą na poziomie tej osi, przy poruszaniu lampy w jedną lub drugą stronę, zaś kasety w przeciwnym kierunku, będą zawsze rzutować się na to samo miejsce filmu, zaś punkty leżące powyżej i poniżej tej osi będą tak silnie niedoświetlone i zatarte, iż na filmie nie będą dostrzegalne. Nastawiając oś ruchu na pożądany poziom otrzymujemy na zdjęciu tomograficznym obraz wybranej warstwy.

Metoda ma zastosowanie przy badaniu tych narządów, które na zdjęciu zwykłym dają zagmatwany obraz nakładających się w jednej płaszczyźnie elementów, a więc przede wszystkim klatki piersiowej i czaszki.

Zasady i znaczenie kliniczne tomografii omówię obszerniej w oddzielnej pracy.

Dr St. Szenicer:

PRZYPADEK OBUSTRONNEJ MARTWICY KOŃCZYN DOLNYCH POCHODZENIA ZATOROWEGO, LECZONY WYCIĘCIEM TĘTNIC UDOWYCH.

(str. własne)

Chora N. M. l. 42 przepisana do I Kliniki Chirurg. U. J. P. z oddziału wewnętrznego dn. 2.VI 1938 r. z powodu zamartwicy obu podudzi i stóp. W nocy z dnia 29 na 30 czerwca 38 r. poczuła nagle bardzo silne bóle w obu kończynach dolnych, które zsiniały i zdrętwiały. Objawy te utrzymywały się, przy tym bóle były tak silne, że podawano chorej morfinę.

Choruje od 5 lat. Po wieloogniskowym zapaleniu stawów chorowała na serce i 3 lata temu leżała przez 9 tygodni na oddziale wewnętrznym, gdzie rozpoznano: „Stenosis valvulae mitralis in stadio insufficientiae circulatoriae, infarctus lobi inferioris pulmonis dextri, infarctus hepatis et thrombophlebitis venae femoralis dextrae". Wypisała się z poprawą, jednak odczuwała stale bicia serca i bóle w jego okolicy oraz miewała obrzęki na stopach. Ostatnio na oddział wewnętrzny zgłosiła się w lutym b. r. z powodu pogorszenia.

Badanie przedmiotowe chorej w chwili przybycia do kliniki wykazało: rozlane uderzenie koniuszkowe, granice serca przesunięte w lewo, arythmia completa. Wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. K *o ń c z y n y:* są zmiany dotyczące obu kończyn dolnych: po stronie prawej — stopy i dolnych ⅔ podudzia, po lewej — stopy i dolnej ⅓ podudzia. Tereny te przedstawiają się jak następuje: zabarwienie skóry ciemno-sine, żywa bolesność samoistna i uciskowa, wyraźne oziębienie skóry i obniżenie czucia. Gra naczynioruchowa po stronie lewej lekko zaznaczona, po prawej — zniesiona. Tętnienie tętnic obwodowych zupełnie zniesione, z wyjątkiem słabego tętnienia pod i nad więzadłem Pouparta po stronie lewej. Oscylometr Pachona ani na podudziach ani na udach powyżej kolana oscylacji nie wykrywa.

Przypuszczając, że mamy do czynienia z zatorem — jeźdźcem w miejscu rozgałęzienia tętnicy głównej na obie tętnice biodrowe wspólne, tłumaczyliśmy sobie przewagę zmian po stronie prawej w porównaniu z lewą tym, że zator zatyka tętnicę biodrową wspólną po stronie prawej całkowicie, po lewej zaś tylko częściowo. Uznając, że dalsze wyczekiwanie jest niecelowe, zagraża bowiem obustronną zgorzelą kończyn, zdecydowaliśmy się na leczenie operacyjne.

Okres czasu, który upłynął od wystąpienia objawów ostrego zaczopowania tętnic do chwili, w której otrzymaliśmy chorą (4 dni), był o wiele za długi, aby można było myśleć o usunięciu zatoru (embolectomia). Wobec tego niezwłocznie (w dniu przybycia) w uśpieniu eterowym (op. *dr Dębicki)* odsłonięta została tętnica udowa lewa, potem prawa, w środkowych swych odcinkach, poniżej odejścia art. profundae femoris. Żadna z nich nie tętniła, przydanka zaś wydawała się nacieczona. Dokonano nacięcia tętnic (arteriotomia): światło tętnic wypełnione było skrzeplinami, które kruszyły się przy próbie ich wygarnięcia. Żadna z tętnic nie krwawiła, a nawet po przetkaniu grubym zgłębnikiem w górę i w dół. Wobec powyższego wycięto tętnice, każdą na długości 10 cm. Rany na obu udach zaszyto szczelnie. W przebiegu pooperacyjnym bóle w kończynie lewej ustąpiły, skóra zaczęła stopniowo przybierać prawidłowe zabarwienie i ciepłotę, gra naczynioruchowa, czucie oraz ruchy wróciły niemal do normy, tak, że w chwili obecnej (18 dni po zabiegu) kończynę lewą można uznać za uratowaną. Wahań oscylometrycznych aparatem Pachona ani pod kolanem ani nad kolanem nie stwierdza się, pod więzadłem Pouparta wyczuwa się wyraźne tętnienie tętnicy udowej.

Inaczej przebiegła sprawa na kończynie prawej, która w znaczniejszym stopniu pozbawiona była przez tak długi czas dostatecznego odżywiania; zjawiła się na niej mianowicie, coraz wyraźniejsza z dnia na dzień, linia demarkacyjna, przebiegająca od przodu na granicy górnej i środkowej ⅓ podudzia, a od tyłu sięgająca do połowy podudzia, oddzielająca zachowaną przy życiu górną część podudzia od dolnej jego części, uległej wraz ze stopą martwicy niezakażonej. Procesowi temu towarzyszyły silne bóle przy niewielkich stanach podgorączkowych. W dwa tygodnie od zabiegu linia demarkacyjna była już bardzo wyraźna, dalsze zaś wyczekiwanie groziło dołączeniem się zakażenia, wobec tego uznano moment za odpowiedni do odjęcia podudzia, które też przed 4 dniami wykonano bez zacisku, w górnej ⅓; krwawienie tkanek na przekroju było mierne, wyłącznie charakteru miąższowego. Ranę zaszyto, pozostawiając dren (op. *dr A. Trojanowski).*

Oceniając na powyższym przypadku wartość

wycięcia tętnicy, jako metody postępowania w zatorach operowanych późno, kiedy już nie mamy możności wykonania embolektomii, dochodzimy do wniosku, iż słusznie można przypisywać tej metodzie zdolność wywoływania maksymalnego wzmożenia przekrwienia obocznego na drodze zniesienia nieprawidłowych odruchów naczynioruchowych, których źródłem jest zaczopowana tętnica. Sądzimy, iż dzięki tej metodzie udało nam się całkowicie uratować jedną kończynę, a na drugiej dokonać oszczędnego odjęcia.

Dyskusja:

Dr Kołodziejski w swoim oddziale miał dużo takich przypadków, i dla wykazania, czy krążenie w tętnicy głównej jest wystarczające, wykonuje następujące próby: odsłania tętnicę i robi jej nakłucie lub wypreparowuje i przecina oboczniсę o małym przekroju. Przy utrzymanym krążeniu w pniu głównym następuje bijący krwotok. Mechanizm zatkania tętnic był w przedstawionym przypadku zupełnie inny. Zator mógł osiąść na rozgałęzieniu tętnicy brzusznej; z prawej strony, narastając ku obwodowi, zatkał zupełnie tętnicę, a z lewej zaś strony powstał zator wtórny, który przedostał się do górnego odcinka tętnicy udowej.

Dr Goldstein: W okresie epidemii duru plamistego spotykano często zgorzel stóp. Robiono częściowe amputacje stopy, jednak i przy leczeniu zachowawczym miewano dobre wyniki. Czy by i w tym przypadku nie udało się uratować kończyny przez leczenie zachowawcze?

Prof. Radliński: Według *Leriche'a* arteriectomia daje duży impuls do rozszerzenia obocznic. W prawej kończynie dolnej była bezwzględnie zatkana arteria iliaca communis. Tętna nad więzadłem Pouparta nie wyczuwało się. Resekcja tętnicy uratowała kończynę częściowo. Gdyby zabieg wykonano wcześniej, przed momentem infekcji, udałoby się napewno uratować większy odcinek kończyny. Po stronie prawej była już martwica stopy, zabieg wykonano późno. Radykalką sympaticectomię stosował sam już od bardzo dawna, proponując implantację tętnicy do żyły.

Dr A. Maciejewski:

DWA PRZYPADKI OPEROWANYCH PRZEPUKLIN OPONOWYCH OKOLICY SZYJNEJ.

(str. własne).

Przedstawione przypadki operowane były na Oddziale Chirurg. Kliniki Chorób Dziecięcych U. J. P.

Autorzy, omawiający sprawę przepuklin oponowych i oponowo-rdzeniowych, twierdzą zgodnie, że przepukliny okolicy szyjnej należą do stosunkowo rzadkich jednostek chorobowych. Przyczyny tego dopatrywać się należy w rozwoju embrionalnym rynienki rdzeniowej, w której zrost blaszek rdzeniowych postępuje w kierunku od góry ku dołowi. Najpóźniej zamyka się część dolna rynienki, w okolicy lędźwiowej krzyżowej, stąd częstość występowania zmian w tej okolicy; przepukliny w górnych odcinkach kręgosłupa, występują w stopniu znacznie rzadszym. Przepuklinę oponową (meningocele) stanowi rozszczepienie kręgosłupa z powstaniem uchyłka zawierającego płyn mózgowordzeniowy i włókna pajęczynówki, nie zawierającego natomiast włókien nerwowych lub rdzenia.

W naszych przypadkach stwierdzono badaniem klinicznym obecność guzów w okolicy kręgosłupa szyjnego, dochodzących do wielkości małej mandarynki w jednym przypadku (rys. 1), a śliwki w drugim, o szerokich uszypułowanych podstawach, chełboczących, pokrytych skórą cienką, porośniętą u podstawy gęstym meszkiem. Ciemiączka o napięciu normalnym, odruchy ścięgniste i okostnowe zachowane w normie; rentgenologicz-



Rys. 1.

nie stwierdzono rozszczepienie kręgosłupa w odcinku szyjnym (w jednym z przypadków łącznie z piersiowym). Zdecydowano zabieg operacyjny, polegający na otworzeniu worka przepuklinowego z cięcia poprzecznego na granicy skóry i blaszki rdzeniowej; na sprawdzeniu zawartości worka, zwracając przy tym uwagę by nie dopuścić do zbyt dużego upływu płynu mózgowo-rdzeniowego; na odpreparowaniu blaszki rdzeniowej wraz z jej zakończeniami w postaci włókien pajęczynówki, wreszcie na zamknięciu opon przepukliny. Etap ten jest ważny ze względu na własności resorbowania płynu mózgowo-rdzeniowego przez opony *(Penfield* i *Cone)*; przy zeszywaniu opon należy uważać, by nie pozostawić otworów, przez które mógłby przeciekać płyn mózgowo-rdzeniowy. W ostatnim etapie zabiegu zrekonstruowano ścianę przez zeszycie szczelne mięśni i skóry. Zabiegu dokonano w jednym przypadku w uśpieniu eterowym, w drugim — bez narkozy.

Gdy ma się do czynienia z dużym rozszczepem kręgosłupa, proponowane są metody plastycznego uzupełniania braków rozwojowych, co jednak zdaniem *Leveufa* jest u dzieci zupełnie zbyteczne, a co również stwierdziliśmy na podstawie naszych przypadków.

Na podkreślenie zasługuje przygotowanie dziecka do zabiegu i postępowanie pooperacyjne. Dążymy do chronienia delikatnej skóry nad przepukliną od uszkodzeń, zwłaszcza u noworodków oraz od zetknięcia jej z wydalinami — kałem i moczem. W tym celu umieszczamy dziecko w pozycji na brzuszku, w ogrzewanym i osłoniętym kojcu. Ułożenie to pozostaje i podczas zabiegu operacyjnego, gdyż w ten sposób, przy opuszczeniu główki dziecka ku dołowi, zapobiega się utracie płynu mózgowo-rdzeniowego. Powłoki skórne odkażamy 5% roztworem jodu w chloroformie.

Bezpośrednie wyniki pooperacyjne u demonstrowanych dzieci są dobre, nie stwierdza się żadnych upośledzeń w dziedzinie ruchowej i czuciowej, humor, łaknienie i sen dziecka są prawidłowe, rany zagojone przez rychłozrost. Co do dalszych losów operowanych, to na zasadzie zgodnej opinii autorów *(Leveuf, Broca, Ombrédanne)* przepukliny oponowe dają dobre wyniki odległe; np. *Leveuf* podaje na 7 przypadków — 7 wyleczeń, z czego jedno w dalszym rozwoju było powikłane troficznymi owrzodzeniami stopy oraz zaburzeniami czuciowymi; nie obserwowano w tych przypadkach wodogłowia.

Przedstawiając nasze przypadki przychodzimy do wniosku, że ustalona opinia nie operowania przepuklin oponowych ze względu na następstwa, winna być skorygowana; przepukliny oponowe są bardzo trudne do odróżnienia klinicznego od przepuklin oponowo-rdzeniowych — możliwe to jest tylko podczas zabiegu operacyjnego, na podstawie badania histologicznego. Wyniki operacyjnego leczenia przepuklin oponowych wykazują duży odsetek wyleczeń, natomiast zabiegi na przepuklinach oponowo-rdzeniowych, przy uwzględnieniu przeciwwskazań w postaci owrzodzenia guza, szybkiego wzrostu itp., dawały według *Leveufa* zaledwo około 30% wyleczeń bez następowych zaburzeń w oddawaniu moczu i kału oraz bez wodogłowia. To ostatnie powikłanie jest, zdaniem autora, niezależne od zabiegu operacyjnego, gdyż wczesne objawy wodogłowia występowały zarówno u dzieci operowanych, jak i nie operowanych.

W przypadkach małych guzów, pokrytych nieuszkodzoną, grubą skórą, można czekać z zabiegiem operacyjnym, a operować dopiero wobec braku objawów wodogłowia. Natomiast guzy pokryte cienką powłoką skórną, grożącą pęknięciem, winny być operowane możliwie jak najwcześniej, zwłaszcza, jeżeli umiejscowione są w okolicy szyjnej.



Rys. 2.

Dyskusja:

Dr Kossakowski: Guzy usadowione wysoko dają duży odsetek śmiertelności u dzieci z powodu wodogłowia. Po operacjach w czterech przypadkach stosował naświetlanie rentgenowskie w celu uniknięcia wodogłowia.

Dr Saidman: W ciągu ostatnich dwóch lat miał 3 przypadki guzów oponowych na szyi. Jeden przypadek bardzo dużego meningocele przedstawia rys. 2. Co do wskazań operacyjnych, to nie należy wyczekiwać aż gruba skóra nad guzem stanie się cienką, gdyż wtedy łatwiej o owrzodzenie i infekcję.

Prof. Radliński: Grubość czy cienkość skóry zależy od anatomopatologicznego typu schorzenia. Przy meningocele skóra jest gruba i nie ma tendencji do pęknięcia, natomiast przy myelo-meningocele skóra jest zazwyczaj cienka. Technika operacyjna jest łatwa. Ubytek kości *R.* pokrywa paskami głębokiej powięzi. Po operacjach z powodu meningocele wodogłowia nie spostrzegał. Po zabiegu nie trzyma dzieci w specjalnych pomieszczeniach, gdyż uważa, że wystarcza szczelny opatrunek z mastisolu lub collodium.

Prof. Z. Radliński:

WIELOTORBIELOWATE ZWYRODNIENIE NEREK.

(Przypadek obserwowany i operowany przez *dr J. Tomaszewskiego).*

(str. własne)

Chory R. Sz. lat 46 z zawodu stolarz zgłosił się do I Kliniki Chirurgicznej 19 maja 38 r. ze skargami na pobolewanie w prawej okolicy lędźwiowej oraz częste oddawanie moczu. Podaje, że przed dwoma laty zauważył po raz pierwszy, że mocz ma wygląd czerwony, jak popłuczyny mięsne. Od tego czasu odczuwa pobolewanie w prawym boku, parcie i pieczenie przy oddawaniu moczu, Mocz krwisty pojawia się okresowo co 3 — 4 tygodnie bez widocznej przyczyny. Leczenie internistyczne nie dało wyników. Od początku choroby znacznie schudł i stracił na wadze. Ojciec chorego zmarł w 45. roku życia przy objawach puchliny i krwiomoczu.

Stan obecny: Chory przytomny, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia lichego. Ciepłota ciała 36,3°; tętno dobrze wypełnione i napięte. Ciśnienie krwi maks. 125 — min. 90. W obrębie głowy, szyi i klatki piersiowej zmian patologicznych nie stwierdza się. Jama brzuszna prawidłowo wysklepiona, wątroba niebolesna ani nie powiększona, śledziona niemacalna. W okolicy prawej nerki przy głębokim obmacywaniu stwierdza się twór wielkości półtorej pięści, twardy, słabo przesuwalny, niebolesny, o powierzchni guzowatej. Po stronie lewej wymacuje się dolny biegun nerki. Kończyny w normie, obrzęków brak, gruczoły chłonne nie powiększone.

Badanie moczu (20.V): Ciężar wł. 1.025, odczyn kwaśny, białko 0,33°/₀₀, cukru brak; osad: 12— 15 leukocytów w polu widzenia, bardzo liczne świeże erytrocyty, prątków Kocha nie znaleziono. *Morfologia krwi* (21.V): C. czerwonych 4.400.000, c. białych 6.000, Hb. — 88%, wskaźnik — 1,0, grupa krwi — 0, krzepliwość — 5', czas krwawienia — 1'. *Chromocystoskopia* (23.V): pojemność pęcherza moczowego około 200 cm³, śluzówka i ujścia obu moczowodów bez zmian, barwnik wprowadzony dożylnie wydziela lewa nerka po 6 min., prawa nerka po 7½ min. *Urografia dożylna* (25.V) z uroselektanem B wykazała opóźnienie wydzielania nerek. Nerka prawa powiększona, miedniczka i kielichy o nieprawidłowych kształtach, liczne plamy kontrastowe w miąższu nerki prawej. Miedniczka nerki lewej w skurczu, wydłużona, brak kielicha środkowego, nieco słabo wypełniona kontrastem.



Rys. 3.

Pyelografia dolna (27.V) nerki prawej wykazała niskie jej położenie, kielichy i miedniczka roz-

szerzone, w dolnej części miedniczki duży cień kształtu kielicha, prawdopodobnie dodatkowy kielich. Kontrast przedostaje się do miąższu nerkowego. Moczowód nieco rozszerzony, zepchnięty ku wewnątrz zachodzi na trzony kręgosłupa (rys. 3). Badanie krwi na odczyn Wa i citocholowy dało wynik ujemny. Poziom mocznika we krwi 35 mmgr%.

Operacja (3.VI): W uśpieniu ewipanowym z cięcia Izraela dotarto do prawej nerki, która dała się wyosobnić bardzo łatwo. Okazało się, że jest ona bardzo dużych rozmiarów, o powierzchni pokrytej torbielkami różnej wielkości, od ziarna grochu aż do dużych śliwek. Przez ścianę torbielek przeświecał żółtawo-klarowny płyn. Nasunęło się więc w czasie operacji przypuszczenie, że mamy tu do czynienia nie z nowotworem, ale ze zwyrodnieniem wielotorbielowatym nerki i że druga nerka jest również prawdopodobnie zmieniona. Wobec znacznego zwyrodnienia narządu zdecydowano się nerkę usunąć. Ranę zaszyto warstwowo w sposób typowy, pozostawiając w ranie sączek. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po 12 dniach chory chodzi. Rana prawie całkowicie zagojona.

Badanie poziomu mocznika we krwi (14.VI) wykazało 40 mmgr%. Mocz: ciężar gatunkowy — 1,020, odczyn kwaśny, białka ślad, cukru brak; osad: 15 leukocytów w polu widzenia, pojedyncze erytrocyty. Kryształy kwasu moczowego i nabłonki płaskie.

Badanie histopatologiczne *(dr Manteuffel)*: „W preparatach mikroskopowych nadesłanej nerki stwierdza się typowy obraz dla *degeneratio policystica renis*. Torbiele wysłane są miejscami nabłonkiem jednowarstwowym sześciennym, częściowo zaś pozbawione są nabłonka. Miąższ nerki jest na ogół zachowany".

Przypadek powyższy demonstruje trudności diagnostyczne w zwyrodnieniu torbielkowatym nerek. Długotrwałe okresowe krwawienie, przebiegające ze znacznym wyniszczeniem, guz prawej nerki z nieznacznym upośledzeniem czynności tej nerki, na pyelogramie nieprawidłowy wygląd miedniczki oraz kielichów nerki prawej, ułożenie prawego moczowodu typowe dla sprawy nowotworowej przy jednoczesnym dobrym zagęszczaniu moczu kazało przypuszczać, że mamy tu do czynienia ze sprawą złośliwą nowotworową. Niedostateczne wypełnienie miedniczki lewej przy braku wypełnienia kielicha środkowego można było tłumaczyć sobie albo słabym wypełnieniem miedniczki, albo wrodzonym brakiem kielicha środkowego, nie przekraczającym jednak możliwości prawidłowych. Przemawiało za tym prawidłowe ciśnienie krwi oraz wysoki ciężar właściwy moczu, co nie dawało podejrzeń w kierunku obustronnego wielotorbielowatego obustronnego zwyrodnienia nerek. W postępowaniu operacyjnym wybrano drogę nefrektomii z powodu znacznych makroskopowych zmian w nerce (torbiele wielkości śliwek). Niszczenia torbieli przez przyżeganie albo przecinanie powierzchownie leżących torbieli zaniechano z powodu prawdopodobnego tworzenia się nowych torbieli w miarę gojenia się blizny.

Dyskusja:

Dr Kołodziejski opisuje swój własny przypadek, gdzie po dotarciu do nerki znaleziono guz torbielowaty wielkości dwóch pięści; nerkę usunął, chory po 8 dniach zmarł wśród narastania ilości mocznika. *K.* jest zdania, że w tych przypadkach lepiej jest ograniczyć się do nacięcia nerki i sączkowania.

Dr Datyner podkreśla, że tylko pyelografia wstępująca jest miarodajna dla oceny stanu nerki przy zwyrodnieniu torbielkowatym.

Dr Czubalski: Klasycznym objawem tego schorzenia jest obustronność. Do usunięcia nerki ze zwyrodnieniem torbielkowatym są ścisłe wskazania, a mianowicie nie dające się opanować krwawienie.

Doc. Rutkowski: Doświadczony rentgenolog zawsze może rozpoznać zwyrodnienie torbielkowate nerek, gdyż kielichy są wtedy wydłużone i szeroko rozstawione. We własnym przypadku miał duże krwawienie, więc nerkę usunął.

Prof. Radliński przyznaje, że nerki torbielkowatej, jeżli nie daje dużych objawów, nie należy usuwać.

*

Na zakończenie posiedzenia *dr T. Sokołowski* pokazał 2 filmy wykonane w Instytucie Chirurgii Urazowej; pierwszy z nich przedstawiał *zabieg przybicia odłamanego wyrostka łokciowego za pomocą gwoździa Lambotte'a*, drugi — *zabieg zespolenia złamania szyi kości udowej za pomocą nowego gwoździa*[1]*)*.

Prezes Tow. Chir. Warsz.:
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski.

---

[1]) Opis gwoździa — patrz „Chir. Pol." Nr 4/38, s. 185.

KRONIKA

KONKURS TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO.

Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie ogłasza konkurs za rok 1938 na pracę naukową z dziedziny chirurgii.

Do Konkursu stawać mogą wszyscy chirurdzy, obywatele polscy.

Prace powinny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane i oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniu. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również lecznictwo chirurgiczne oraz doświadczenia na zwierzętach, wiążące się z zagadnieniem chirurgicznym. Rękopisy, odbite na maszynie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i interlinii, muszą odpowiadać warunkom dobrego stylu i pisowni oraz uwzględniać polskie mianownictwo lekarskie. Prace konkursowe, podpisane obranym przez autora godłem, powinny być nadesłane najpóźniej do dnia 1 lutego 1939 roku do Zarządu Tow. Chir. Warsz. na ręce *doc. J. Mossakowskiego* (Warszawa, ul. Koszykowa 70). Do pracy należy dołączyć zamkniętą kopertę, zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.

Do oceny nadesłanych prac powołany będzie przez Zarząd Tow. Chir. Warsz. Sąd Konkursowy.

Nagroda za przyjętą przez Sąd Konkursowy pracę wynosi zł. 300.

Praca nagrodzona staje się własnością Tow. Chir. Warsz. i będzie oddana do druku z zaznaczeniem, że została odznaczona na Konkursie Towarzystwa .

Sekretarz
Dr St. Tokarski.

SPROSTOWANIE.

Zamieszczamy poniżej streszczenie własne referatu *dr Wolszczana* z VI Zjazdu Pol. Tow. Ortop. i Traumat. w Poznaniu, wobec niejasności streszczenia drukowanego w „Chirurgu Polskim" (Nr 4/III, str. 197 — 8).

W Nr 5/III (str. 246) w sprawozdaniu z tegoż Zjazdu, *doc. Zaremba* w dyskusji nad pokazem *dr Ciszkiewicza* mówił nie o krwawym, a o b e z k r w a w y m nastawianiu zwichnięcia główki i złamania szyjki k. ramiennej, co niniejszym prostujemy

Redakcja.

J. Wolszczan:
(Poznański Zakład Ortopedyczny im. B. S. Gąsiorowskiego)

LECZENIE ORTOPEDYCZNE NASTĘPSTW CHOROBY HEINE-MEDIN Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW KOSTNYCH.

Na podstawie 208 przypadków i 111 zabiegów operacyjnych na kośćcu, omawia autor wartość zabiegów kostnych i częstość występowania poszczególnych zniekształceń. Porażenia kończyny dolnej stanowią 89,4%; porażenia kończyny górnej 10,6% przypadków. Wśród zniekształceń kończyny dolnej najczęstsze są zniekształcenia stopy (66,2%), następnie zniekształcenia kolana (22,6%). W przeważającej liczbie przypadków (59,9%) porażenia dotyczyły 3-ch mięśni lub całych grup mięśniowych.

Po omówieniu wskazań ogólnych do zabiegów na kośćcu, autor omawia usuwanie przykurczy stawu biodrowego przez obniżenie przyczepu kostnego mięśni kolcowych na nici jedwabnej według *M. Langego*. Przestrzega przed osteotomią podkrętarzową kości udowej z powodu pojawiającej się w następstwie szpotawości szyjki kości udowej i skrócenia kończyny. Przy podwichnięciach główki kości udowej omawia artrorizy i artrodezy.

Szczególnie obszernie omawia autor usuwanie przykurczy kolana. Na podstawie wyników w 21 przypadkach osteotomii ponadkłykciowej uda i jednej osteotomii kości piszczelowej zwalcza osteotomię kości udowej. Autor udowadnia na preparatach anatomicznych, że ten zabieg rozluźnia napięcie torebki tylnej stawu kolanowego i przyczynia się do powstawania kolana wiotkiego i nadmiernego tyłozgięcia. Celem usuwania przykurczy kolana doradza osteotomię wyrównawczą ko-

ści piszczelowej. Artrodeza kolana jest wskazana w przypadkach zupełnej wiotkości u ludzi pracujących fizycznie w postawie stojącej; nie należy usztywniać obu kolan. Zabieg ten wykonano w 5-ciu przypadkach .

Usuwanie zniekształceń stopy autor omawia na podstawie 49 przypadków artrodezy stawu skokowo - piętowego, skokowo - łódkowego i piętowo - sześciennego według techniki *Ducroqueta* i *Launaya.* W części przypadków zabieg uzupełniono artrorizą pozastawową stawu skokowego górnego według *Nové - Josseranda.* Dobry wynik otrzymano w 44 przypadkach. Dzięki tej metodzie można ograniczyć do minimum dawniej często stosowane usztywnienie stawu skokowego górnego. Natomiast artrorizy śródstawowe sposobem *Camery* i *Gilla,* wykonane w 14 przypadkach końskostopia tylko w 4 przypadkach dały pozytywny wynik, ponieważ pojawiły się zmiany śródstawowe i wtórne zniekształcenia. W 3-ch przypadkach piętostopia artroriza przednia *Puttiego* zawiodła 2 razy. Autor dochodzi do wniosku, że artrorizy stosowane wyłącznie nie są w stanie usunąć w sposób trwały zniekształcenia, przy czym artrorizy śródstawowe są niewskazane. W 7 przypadkach stopy wydrążonej wykonano klinową resekcję z dobrym wynikiem.

W II części pracy, autor omawia leczenie porażeń kończyny górnej. Najczęstszym zniekształceniem kończyny górnej jest „ręka małpia" (42,8%), drugim z kolei zniekształceniem jest podwichnięcie barku (23,8%). Usztywnienie stawu barkowego przewyższa zabiegi na ścięgnach. W 5 przypadkach operowanych według metody *Wierzejewskiego* otrzymano w 4-ch przypadkach dobry wynik, w jednym przypadku wynik był zły z powodu zbyt krótkiego unieruchomienia w opatrunku gipsowym. Usztywnienie porażonego nadgarstka dało dobry wynik, natomiast osteotomie przedramienia zawiodły. Osteotomie derotacyjne kciuka stosowane w 3-ch przypadkach, celem umożliwienia przeciwstawiania kciuka innym palcom, dały nawroty. Autor sądzi, że artrodeza stawu nadgarstkowo - śródręcznego I-go i stawu podstawowego kciuka może urzeczywistnić przeciwstawianie porażonego kciuka innym palcom.

Zabiegi na kośćcu w leczeniu porażeń należą do najcenniejszych zdobyczy chirurgii ortopedycznej.

OD ADMINISTRACJI.

Zwracamy się niniejszym do Szanownych Kolegów Prenumeratorów z zawiadomieniem, iż wprowadziliśmy rozsyłanie do wszystkich prenumeratorów zleceń inkasowych do Urzędu Pocztowego.

System ten zastosowaliśmy w celu udogodnienia i oszczędzenia czasu Szanownym Kolegom przy wnoszeniu prenumeraty za „Chirurga Polskiego" i dlatego uprzejmie prosimy o wpłacanie jej we właściwym terminie doręczycielom zleceń, gdyż w przeciwnym razie zwroty ich narażają Administrację na niepotrzebne koszty

ADMINISTRACJA.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 7

LIPIEC 1938 R.

OD ADMINISTRACJI.

Zwracamy się niniejszym do Szanownych Kolegów Prenumeratorów z zawiadomieniem, iż wprowadziliśmy rozsyłanie do wszystkich prenumeratorów zleceń inkasowych do Urzędu Pocztowego.

System ten zastosowaliśmy w celu udogodnienia i oszczędzenia czasu Szanownym Kolegom przy wnoszeniu prenumeraty za „Chirurga Polskiego" i dlatego uprzejmie prosimy o wpłacanie jej we właściwym terminie doręczycielom zleceń, gdyż w przeciwnym razie zwroty ich narażają Administrację na niepotrzebne koszty

ADMINISTRACJA.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, LIPIEC 1938 R. Nr 7

Z II Oddziału Chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie
Ordynator: *Doc. Dr Jerzy Rutkowski*

Przypadek przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata (Hernia ligamenti Gimbernati)

podał

Sergiusz Karpowicz.

Przepuklina wiązadła Gimbernata jest odmianą, spotykaną stosunkowo bardzo rzadko wśród innych postaci przepukliny udowej (od roku 1833 do 1920 w literaturze spotykamy zaledwie 11 przypadków opisanych), z tego też względu przypadek rzeczonej przepukliny, operowany na II Oddziale Chirurgicznym Szpitala Dzieciątka Jezus, zasługuje na wzmiankowanie.

Po raz pierwszy *Laugier* w roku 1833 zwrócił uwagę na szczególną postać przepukliny udowej, przechodzącej przez wiązadło łonowo-pachwinowe (ligamentum lacunare Gimbernati). U jego 45 letniej chorej wystąpiły objawy uwięźnięcia, przy badaniu rozpoznano prawostronną przepuklinę pachwinową i jako taką potraktowano operacyjnie; jednakowoż w czasie operacji zauważono nietypowość przebiegu szyjki przepukliny. Odprowadzono worek przepuklinowy. Na 5 dzień po operacji naskutek zapalenia otrzewnej nastąpiło zejście niepomyślne i dopiero badanie pośmiertne dało pełne wytłumaczenie dziwnego przypadku: przepuklina przebijała wiązadło Gimbernata i spoczywała na powięzi mięśnia łonowego (m. pectineus), przykryta przez górną blaszkę powięzi szerokiej uda (fascia lata).

Cruveilhier w roku 1837 opisał podobny przypadek również u kobiety.

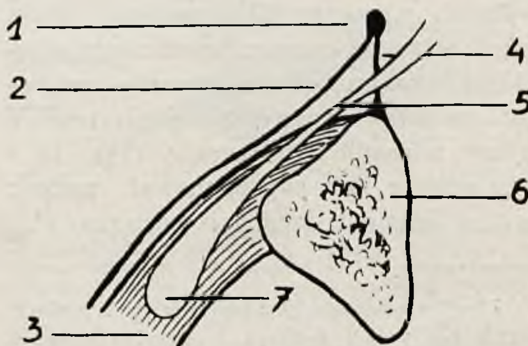
Po raz pierwszy u mężczyzny zaobserwował tę postać przepukliny *Demeau* w roku 1843.

Zarówno przypadek powyższy jak i następny *Nuhna* z roku 1847 były sekcyjne.

Według przypuszczeń *Devile'a* (1853), dwa przypadki przepukliny z piśmiennictwa angielskiego, opisane przez *Lukego*, miały by być przepuklinami typu *Laugiera*.

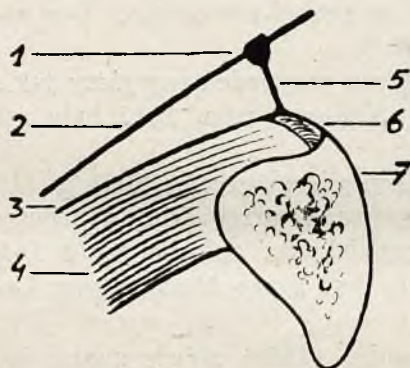
Legendre (1859) zbiera znane dotychczas w piśmiennictwie przypadki oraz dodaje dwa własne, spostrzegane sekcyjnie.

Harzbecker (1913) opisuje postać przepukliny (hernia pectinea), która przed wejściem pod powięź mięśnia łonowego (m. pectineus), przebijała najpierw więzadło łonowo-pachwinowe (lig. Gimbernati) rys. 1.



Rys. 1. Wg Harzbeckera. 1. Lig. inguinale. 2. Fascia pectinea. 3. Musculus pectineus. 4. Lig. lacunare. 5. Szyjka przepukliny. 6. Os pubis. 7. Worek przepuklinowy.

W roku 1920 ukazuje się wyczerpująca praca *Fischera* o przepuklinie wiązadła łonowo pachwinowego. Autor przytacza własny przypadek przepukliny u kobiety nie rozpoznany klinicznie (podejrzenia szły w kierunku *hydrocele femininum). Fischer* krytykuje podane przez *Harzbeckera* stosunki anatomiczne (rys. 1) przedstawione pomiędzy wiązadłem Gimbernata a powięzią mięśnia łonowego i ilustruje je schematem własnym (rys. 2a), gdzie oznacza wiązadło łonowe *Coopera* (rys. 2a, p. 6), które według niego bierze udział w tworzeniu się herniae pectineae. *Fischer* uwzględnia tak-



Rys. 2a. Przekrój poprzeczny w części bocznej wiązadła łonowo-pachwinowego wg. Fischera. 1. Lig. inguinale. 2. Blaszka powierzchowna powięzi szerokiej. 3. Powięź mięśnia łonowego lub głębsza blaszka powięzi szerokiej uda. 4. Musculus pectineus. 5. Lig. lacunare. 6. Lig. pubicum Cooperi. 7. Pecten ossis pubis.

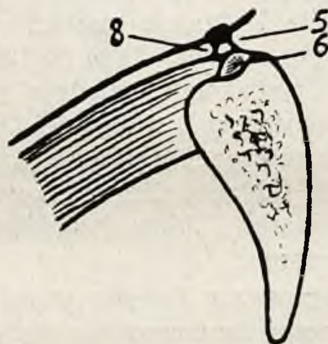
że w swym schemacie (rys. 2a p. 2 i 3) powięź szeroką uda i powięź mięśnia łonowego oraz wprowadza poprawkę co do brzmienia nazwy tej przepukliny, podkreślając moment, nieuwypuklony przez *Harzbeckera,* że opisana przez niego przepuklina, zanim przedostanie się pod powięź mięśnia łonowego, musi przebić wpierw wiązadło Gimbernata (rys. 1) i w związku z tym zaproponował nazwę: „hernia ligamenti lacunaris pectinea [1])".

O sposobie powstawania przepukliny wiązadła łonowo-pachwinowego nie wiemy nic pewnego.

Laugier uważa swój przypadek za wrodzony; przypadek *Fischera* i nasz anamnestycznie wyglądają na sprawę nabytą.

Nuhn przypuszcza, że zamknięcie kanału udowego przez powiększone gruczoły limfatyczne, zmusza worek przepuklinowy do szukania drogi przez wiązadło łonowo-pachwinowe (lub przez powięź mięśnia łonowego w hernia pectinea).

Harzbecker widział otworki w wiązadle łonowo-pachwinowym, *Fischer* uważa, że przepuklina przedostaje się właśnie przez



Rys. 2b. Przekrój poprzeczny wiązadła łonowo-pachwinowego w części przyśrodkowej, 5 mm. bocznie od guzka łonowego. wg. Fischera. Oznaczenia jak w rys. 2a. 8. przejście włókien ścięgnistych powięzi m. łonowego na wiązadło pachwinowe.

takie otworki w wiązadle Gimbernata. Prawdopodobnie wchodzi tu w grę także zanik tkanki tłuszczowej, wypełniającej tę okolicę, i jej wiotczenie w starszym wieku.

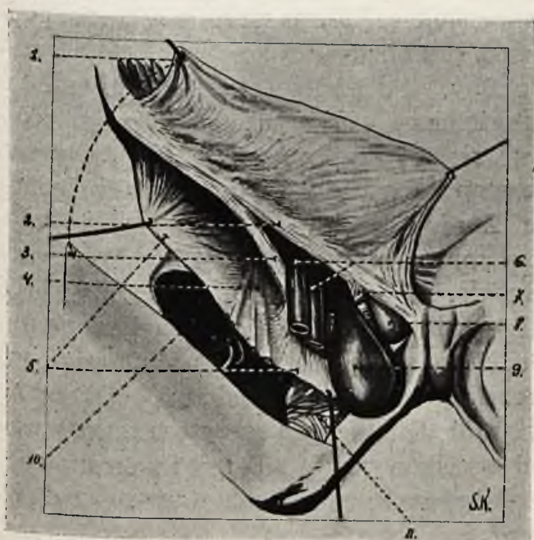
Znamienny jest fakt, że we wszystkich dotychczas znanych przypadkach chodzi o ludzi powyżej lat 40.

Zestawienie przypadków z piśmiennictwa wskazuje na przewagę występowania rzeczonej przepukliny u płci żeńskiej. Zjawisko to miałoby swoje uzasadnienie w nieco odmiennych stosunkach anatomicznych u obu płci. Na podstawie swoich własnych spostrzeżeń anatomicznych (6 męż-

---

[1]) *Fischer* rozróżnia jeszcze dwie inne postaci: „hernia lig. pubici pectinea i „hernia femoralis interna pectinea", nie posiadające już bezpośredniego związku z wiązadłem łonowo-pachwinowym.

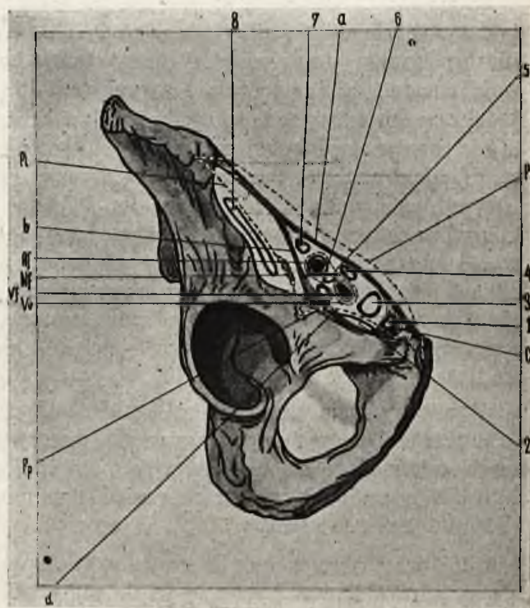
czyzn i 6 kobiet) w Zakładzie Anatomii Prawidłowej U. J. P. w Warszawie *(kier. Prof. Dr Edward Loth)*, mogę powiedzieć za *Legendrem* i *Fischerem*, że wiązadło łonowo-pachwinowe (ligamentum lacunare Gimbernati) jest dłuższe u kobiet niż u mężczyzn i łatwiej daje się wypreparować. Różnice więc płciowe są zaznaczone w budowie tego wiązadła, wbrew zapatrywaniom *Pantona*.



Rys. 3. Przepuklina wiązadła Gimbernata oraz typowa przepuklina udowa. **1.** Dogłowowa część przeciętej powięzi szerokiej uda odciągnięta ku górze. **2.** Lig. Pouparti. **3.** Lig. ileopectineum. **4.** Nervus femoralis. **5.** Fascia ileopectinea. **6.** Vasa femoralia. **7.** Lig. Gimbernati. **8.** Hernia lig. Gimbernati. **9.** Hernia femoralis typica. **10.** Acetabulum. **11.** Membrana obturatoria.

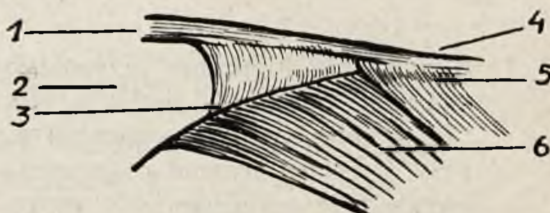
Wiązadło łonowo - pachwinowe (Lig. lacunare Gimbernati) jest ograniczone od góry przez wiązadło pachwinowe (lig. inguinale), od dołu przez wiązadło łonowe (lig. pubicum Cooperi), od strony przyśrodkowej szczytem swego klina przyczepia się do guzka łonowego (tuberculum pubicum), bocznie zaś, wklęsłą podstawą klina zwrócone jest do wielkich naczyń kanału udowego (rys. 3 i 4).

Wiązadło Gimbernata jest zatem rozpięte na kształt żagla w kącie przyśrodkowym kanału udowego pomiędzy wiązadłem pachwinowym, guzkiem łonowym i wiązadłem łonowym (rys. 2a i 2b); dołączają się do niego, według *Fischera* w części przyśrodkowej, włókienka powięzi mięśnia łonowego (rys. 5).



Rys. 4. (Schemat anatomiczny). Stosunek przepukliny wiązadła Gimbernata do pozostałych (innych) odmian przepuklin kanału udowego oraz do wiązadeł powięzi i naczyń. **1.** Hernia Lig. Gimbernati. **2.** Hernia pectinea. **3.** Hernia femoralis. **4.** Hernia praevascularis. **5.** Hernia intravaginalis (intervascularis). **6.** Hernia retrovascularis. **7.** Hernia laterovascularis. **8.** Hernia lacunae musculorum. **Af** — Arteria femoralis. **Vf** — Vena femoralis. **Vv** — Vagina vasorum. **Fl** — Fascia lata. **Fp** — Fascia pectinea. **Fi** — Fascia iliaca. **Nf** — Nervus femoralis. **a** — Ligamentum inguinale. **b** — Ligamentum ileopectineum. **c** — Ligamentum Gimbernati. **d** — Ligamentum Cooperi.

Przypadek nasz przedstawiał się następująco:



Rys. 5. Wg. **Fischera.** Wiązadło łonowo-pachwinowe od dołu i przodu schematycznie. **1.** Lig. inguinale. **2.** Pierścień wewnętrzny udowy. **3.** Lig. lacunare. **4.** Tuberculum pubicum. **5.** Włókna ścięgniste powięzi mięśnia łonowego, przechodzące na wiązadło pachwinowe. **6.** Fascia pectinea.

Chora L. A., lat 48 zgłosiła się do szpitala z powodu silnej bolesności w dole brzucha czemu to-

warzyszyły mdłości; ból umiejscawiał się wyraźnie w przyśrodkowej części prawej pachwiny, zwiększając się przy jakimkolwiek wysiłku fizycznym, np. po długim chodzeniu, (a nawet, jak podaje chora, w stanach zdenerwowania).

Mając lat 16, dźwigała w górę swego męża i w tym momencie uczuła silny ból w prawej pachwinie po stronie przyśrodkowej bliżej kości łonowej i zauważyła równocześnie uwypuklenie wielkości orzecha włoskiego; zwróciła się do chirurga, który rozpoznał przepuklinę i zalecił noszenie pasa przepuklinowego. Pas ten nosiła przez 2 lata. Uwypuklenie zniknęło i bóle ustały. Dopiero po kilku latach przy pracy w domu, podczas oddawania zapartego stolca, oraz przy większych wysiłkach odczuwała chora bóle w prawej pachwinie, zjawiające się zaś uwypuklenie częstokroć przytrzymywała ręką lub nawet sama je odprowadzała.

W międzyczasie urodziła troje dzieci. Porody odbyły się bez pomocy lekarskiej i bez większych zaburzeń ze strony pachwiny prawej. Chorób jakoby żadnych nie przechodziła. Anamneza rodzinna bez znaczenia.

3 dni przed przybyciem do szpitala L. A. uniosła w górę 6 letnie dziecko, poczuła silny ból w dole brzucha, zjawiły się mdłości i zmuszona była położyć się do łóżka.

Dnia 5.VI. 1937 została przyjęta do Szpitala Dz. Jezus na oddział chirurgiczny *Doc. J. Rutkowskiego.*

Badanie przedmiotowe wykazało: kobieta, lat 48, średniego wzrostu, dość mocnej budowy. Uchwytnych odchyleń od normy ze strony układu nerwowego, krążenia oraz układu pokarmowego i oddechowego nie stwierdza się. Ciepłota 37,1°.

Okolica pachwiny prawej: Nieco bocznie od prawego guzka łonowego, tuż pod wiązadłem pachwinowym widoczne jest uwypuklenie wielkości połówki jabłka, przy lekkim ucisku uwypuklenie to daje się odprowadzić, przy kaszlu powiększa się.

Dnia 8.VI. 1937 operacja: W uśpieniu sennarkolem Spiessa zrobiono cięcie podłużne, przechodzące przez wyniosłość przepukliny. Po odsłonięciu i wyodrębnieniu niewielkiego worka przepuklinowego, okazało się, że szyjka jego przechodzi przez rozstęp we włóknach wiązadła Gimbernata. Znajdujący się obok kanał udowy nieznacznych rozmiarów — wolny. Po otwarciu worka przepuklinowego wylała się z niego niewielka ilość surowiczego płynu. Podkłuto szyję worka i podwiązano ją, worek przepuklinowy odcięto. Otwór w wiązadle Gimbernata zaszyto trzema szwami węzełkowymi (1 silkowy i 2 strunowe). Pojedyńcze szwy z cienkiej struny na powięź, na skórę klamerki.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. Chora wypisała się z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost bez żadnych dolegliwości po 19 dniach pobytu w szpitalu.

W n i o s k i.

1. Rozpoznanie kliniczne przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata jest prawie niemożliwe; przy rozpoznawaniu możnaby uwzględniać umiejscowienie uwypuklenia tuż przy guzku łonowym. Przepuklina wiązadła Gimbernata dotychczas klinicznie nie była rozpoznawana. Małą ilość przypadków opisanych (zaledwie 11 od roku 1833 do 1920) należy przypisać prawdopodobnie temu, że przepuklina ta jest operowana częstokroć jako przepuklina udowa.
2. Usposabia do powstawania przepuklin wiązadła Gimbernata a) wiek powyżej lat 40, (jakkolwiek w naszym przypadku cierpienie wystąpiło rzekomo w 16-m roku życia, to jednak objawy uwięźnięcia wystąpiły w 48-m roku życia), b) wiotkość tkanki tłuszczowej, c) płeć żeńska,

d) obecność otworków w wiązadle oraz e) jako moment wywoławczy (podobnie jak w każdej przepuklinie) wysiłek fizyczny.

3. Leczenie operacyjne winno polegać na szczelnym zaszyciu otworu w wiązadle łonowo-pachwinowym.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Ambrożewicz A.:* W sprawie operacji przepukliny udowej. Polski Przegląd Chirurg. Tom I Zeszyt 4. Warszawa. 1922. 2. *Cruveilhier:* Bulletin de la Société Anatomique. p. 27. 1837. 3. *Demeau:* Annales de la chirurgie. p. 476. 1841. 4. Demeau: Thèse sur les hernies crurales, p. 16. 1843. 5. *Deville:* Coup d'oeil sur la chirurgie anglaise, p. 78. 1853. 6. *Fischer A. W.:* Die Hernie des Ligamentum lacunare nebst Bemerkungen über die verschiedenen Formen der Hernia pectinea. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 158 Bd. Frankfurt a M. 1920. 7. *Graser E.:* Die Hernien. Handbuch der praktischen Chirurgie III Bd. München. 1929. 8. *Harzbecker O.:* Ueber die Entstehung der Hernia pectinea. Deutsche. Med. Wochenschr. Bd. 16. 1913. 9. *Kirschner M. u. Nordmann O.:* Die Chirurgie. Bd. V. Berlin. 1927. 10. *Laugier M.:* Note sur une nouvelle espèce de hernie de l'abdomen à travers le ligament de Gimbernat. Arch. generales de med. Serie II, tome II. p. 27 1833. 11. *Legendre:* Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale. Gazette médicale de Paris. 1859. 12. *Nuhn:* Ueber die Hernie des lig. Gimbernati nebst einigen Anatomischen Bemerkungen über Gimbernatsche Band. Med. Annalen. Bd. 13, H. 2. Heidelberg 1847. 13. *Panto Allison:* Les facteurs étiologiques de la hernie crurale. Journal of Anatomy Vol. LVII, p. 106 — 146. Janvier 1932. 14. *Panton Allison:* Journal de Chirurgie. Tome XXI. N. 4. Avril. 1923. 15. *Rutkowski J.:* Chirurgia. Tom III. Warszawa 1937. 16. *Rutkowski J.:* Rzadka zawartość w worku przepuklinowym. Ginekologia Polska t. V. zeszyt VII — IX. Warszawa. 1926.

RESUMÉ.

En se basant sur un cas personel de la hernie dite du ligament de Gimbernat ainsi que sur les observations trouvées dans la litterature mondiale l'auteur décrit cette rare forme anatomique. Parmi les facteurs qui prédisposent à cette rare modification de la hernie crurale il mentionne la sexe feminine, l'age plus avancé, relachement du tissu graisseux et les trous anormaux qu'on peut parfois trouver dans le ligament. Le diagnostic avant l'operation n'est pas possible. Le traitement doit consister dans la fermeture exacte opératoire du ligament.

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie
(Prymariusz: *Dr Jerzy Jasieński*).

Przyczynek do leczniczej wartości witamin i lipoidów w schorzeniach chirurgicznych

podał

Witold Preiss.

Doniedawna chirurg nie interesował się zbytnio nowoczesną farmakologią mało poświęcając uwagi nowym, coraz to liczniej pojawiającym się preparatom farmaceutycznym. Leżało to niejako w naturze rzeczy, że w szeregu schorzeń nie musiał sto-

sować żadnych środków farmakologicznych, w innych, dla uzupełnienia leczenia chirurgicznego, wystarczał mu skąpy arsenał pewnych i dawno wypróbowanych środków. Olbrzymie jednak postępy poczynione w ciągu lat ostatnich w zakresie biochemii sprawiają, że nasze zainteresowania rozszerzają się coraz bardziej i w tym kierunku.

W ostatnich czasach jesteśmy świadkami zasadniczego przewrotu w dziedzinie dietetyki, przewrotu w następstwie którego poglądy, ustalające normy odżywiania na podstawie energetycznej wartości pokarmów *(Voit, Rubner* i in.), a więc normy ilościowe ustępują miejsca normom jakościowym, określającym wartość pokarmów na podstawie biologicznych ich właściwości. Punktem zwrotnym było odkrycie witamin, których dowóz w potrzebnej dla ustroju ilości — w miarę dokładnego ich poznawania — coraz bardziej uczymy się cenić.

Mimo wszakże należytej oceny przez świat lekarski tych odkryć, nie wiele tylko uczyniono w tym kierunku w zakresie dietetyki szpitalnej. Dotychczas bowiem podejmowano tylko sporadycznie doświadczenia, mające na celu wykazanie wpływu jaki okazuje to lub inne odżywianie na przebieg różnorodnych schorzeń. Nie wszystkie pomysły okazały się zresztą szczęśliwe. Diety np. proponowane przez *Sauerbrucha, Hermannsdorfera* i *Gersona*, posiadające rzekomo działanie przeciwzapalne i mające okazywać korzystny wpływ na gojenie się ran zakaźnych i przebieg ciężkich postaci gruźlicy, nie znalazły wielu zwolenników jako zbyt jednostronne i nie uwzględniające należycie biochemicznych właściwości pokarmów.

Ostatnio coraz częściej rozlegają się głosy, iż zbyt mało poświęcamy uwagi odżywianiu leczonych przez nas chorych. Odżywianie chorych w szpitalach — na co słusznie zwrócił uwagę *Fromme* na 61 Zjeździe Chirurgów Niemieckich — nie stoi bynajmniej na wysokości zadania. Poza chorobami przemiany materii i schorzeniami nerek u chorych chirurgicznych, w pozostałych przypadkach nie interesujemy się zbytnio dietą chorych, do tego stopnia, że nawet normy ilościowe nie bywają ściśle przestrzegane. Również *Löhr* z naciskiem podkreśla, że chorzy szpitalni nie są odpowiednio odżywiani. Zwraca on szczególną uwagę na brak potrzebnej ilości witamin w diecie szpitalnej. Twierdzi, że hipowitaminozy szpitalne są znacznie częstsze, niż dotychczas przypuszczaliśmy, że występują one zwłaszcza w przypadkach schorzeń przewlekłych, które same przez się wzmagają zapotrzebowanie ustroju na witaminy. Te hipowitaminozy, nie przejawiające się wyraźnie klinicznie, są przyczyną obniżenia zarówno ogólnej jak i miejscowej odporności ustroju. Sprawę tę rozwiązuje *Löhr* przez podawanie chorym tranu doustnie, lub w postaci maści, uważając ustalający opatrunek z tranem, położony na ranę zakażoną, za parenteralne leczenie witaminowe. Liczne badania doświadczalne, przeprowadzane na zwierzętach i olbrzymie doświadczenie kliniczne, wydają się świadczyć o niezwykłej skuteczności tego leczenia w szeregu schorzeń chirurgicznych.

Poza witaminami zwraca się ostatnio coraz więcej uwagi na rolę lipoidów w ustroju. Warunkują one przebieg wielu procesów fizjologicznych, pośrednicząc, jako nieodzowny składnik każdej tkanki zwierzęcej, w metaboliźmie komórki. Znajdują się one w tkankach obok cholesterolu, głównie w postaci fosfatydów, tj. lipoidów zbudowanych z gliceryny, kwasu fosforowego, kwasów tłuszczowych i zasad azotowych. Wzajemne różnice zachodzące między fosfatydami poszczególnych tkanek nie dadzą się jeszcze dziś wyjaśnić che-

micznie. Składa się na to, poza niedoskonałością naszych analitycznych metod badania, także wielka wrażliwość lipoidów na wpływ ciepła, tlenu atmosferycznego, światła itd. *(Skarżyński).* Różnice te można wykazać na drodze biologicznej, najdokładniej zaś widać je w doświadczeniach na zwierzętach, w których, w zależności od pochodzenia lipoidów i sposobu ich uzyskania, odkładały się one bądź w wątrobie *(Franchini, Salkowski),* bądź w mózgu *(Serejski).* Aby lepiej zrozumieć znaczenie lipoidów dla ustroju i szeroką skalę ich działania, dość wspomnieć o wynikach uzyskanych przez niektórych badaczy:

Bürchardt w doświadczeniach na psach, a *Bürger* na myszach wykazali, że wyższy poziom cholesterolu we krwi zwiększa odporność na zakażenie. *Weil* i *Besser,* ze względu na stwierdzoną zależność własności stosowanych szczepionek od ilości zawartych w nich lipoidów, uważają, że posiadają one własności przeciwciał odpornościowych. Z szeregu przeprowadzonych badań wynika, że cholesterol posiada działanie antagonistyczne wobec jadów chemicznych, roślinnych i zwierzęcych i działa odtruwająco w chorobach zakaźnych *(Monceaux).* Wreszcie badania *(Reitera* i *Weygandta)* nad wpływem lipoidów na przemianę białkową dowodzą, że dodanie ich do pokarmów wzmaga odkładania się białka, zmniejsza natomiast jego rozpad. *Wheelerowi-Hillowi* udało się nawet wyrównać wywołany przez niedożywianie ujemny bilans azotowy przez podawanie małych ilości preparatu zawierającego lipoidy Promonta).

Zupełnie swoiście działają lipoidy na ośrodkowy układ nerwowy. Jest to zupełnie zrozumiałe, jeśli uwzględnimy, że stanowią one ponad 60% składników chemicznych suchej pozostałości mózgu i rdzenia. Oddawna też wiadomo, że w pewnych chorobach ośrodkowego układu nerwowego ilość lipoidów zmniejsza się. Z drugiej strony uzyskano korzystne wyniki lecznicze dzięki podawaniu lipoidów w stanach wyczerpania nerwowego, u neuropatów itd. Aby jednak wprowadzone do ustroju lipoidy mogły spełnić całkowicie swe zadanie, muszą one być przygotowane w sposób, który nie zmieni ich właściwości chemicznych i biochemicznych i podane w postaci łatwo przyswajalnej. Rzecz prosta że nie możemy tego uzyskać na drodze modyfikacji diety szpitalnej i że wymaga to podawania chorym odpowiednich preparatów.

W świetle naszych wstępnych rozważań nad potrzebą jakościowego uzupełniania diety witaminami, i w świetle powyższych uwag o lipoidach, staje się zrozumiałe, że zwróciliśmy uwagę na preparat „Promonta” który swym składem i sposobem przygotowania odpowiada wymaganiom, stawianym środkowi mającemu na celu uzupełnić dietę, i będącemu niejako odżywką. Preparat ten zawiera bowiem w stanie niezmienionym i w prawidłowym wzajemnym stosunku poszczególne lipoidy ośrodkowego układu nerwowego (fosfatydy, cholesterol), dalej witaminy A, D, E i ponadto glicerofosforan wapnia, żelazo, węglowodany i łatwo rozpuszczalne ciała białkowe. Stwierdzone przez *Serejskiego* w doświadczeniach na 60-ciu psach, którym podawano „Promontę” zwiększenie się zawartości lipoidów w mózgu, nakreśliło zarazem wskazanie do stosowania tego preparatu w stanach wyczerpania nerwowego i psychicznego, zależnego w dużej mierze od zubożenia tkanki mózgowej w lipoidy. Celowy i korzystny, zdaniem *Schittenhelma* i *Massatscha,* skład chemiczny „Promonty”, wykazana przez *Steudela* duża ilość witamin i przez *Loewego, Kunza* i *Molitora,* duża wartość odżywcza tego preparatu, znalazły potwierdzenie również w naszych doświadczeniach kli-

nicznych. Stosowaliśmy go mianowicie w kilkunastu przypadkach ciężkich, przewlekających się spraw ropnych, przy czym u większości chorych, poza poprawą stanu ogólnego i nerwowego, uzyskiwaliśmy również wybitną poprawę schorzenia podstawowego.

Ostrożny w wyciąganiu wniosków o skuteczności działania preparatu, wykazanej na niewielkim materiale chorych, przytaczam dla objektywnej oceny krótki opis kilku w ten sposób wyleczonych przypadków.

Przypadek 1. Chory E. Z. lat 14, (Nr. hist. chor. 666/38), skierowany został z oddziału wewnętrznego z ropniakiem prawej opłucnej, (wysięk sięgał do II żebra z przodu), po przebytym płatowym zapaleniu płuc. Wychudzenie znacznego stopnia, brak łaknienia, chory apatyczny. Stany podgorączkowe do 38° C. Z punktatu wyhodowano paciorkowce. Pod wpływem podawanej antistreptyny ciepłota opada do normy, wysięk jednak, mimo kilkakrotnych nakłuć opróżniających, cofał się bardzo powoli i zły ogólny stan chorego nie ulegał poprawie. Rozpoczęto podawanie „Promonty" trzy razy dziennie po 2 łyżeczki w mleku. Już po kilku dniach łaknienie poprawiło się tak, że chory zjadał całą dietę wraz z dopisanymi dodatkami, ożywił się, stał się rozmowny. Chory w ciągu 2 tygodni otrzymał 250 g „Promonty" i opuścił szpital na początku 3-go tygodnia, wobec tego, że kontrola rentgenowska poza zgrubieniem prawej opłucnej nie wykazała obecności płynu.

Przypadek 2. Chory J. S. lat 34, (Nr. hist. chor. 3374/37), leczony z powodu rany ciętej okolicy stawu nadgarstkowego ręki prawej, drążącej do stawu i następowej ropowicy dłoni i przedramienia. Mimo rozległych nacięć i sączkowania, gorączka utrzymywała się przez czas dłuższy; kilkakrotnie otwierano tworzące się zacieki. Stan psychiczny chorego był fatalny. Nie sypiał, łaknienie bardzo znacznie było upośledzone. Chory zdenerwowany, stał się przykry dla otoczenia. Początkowo pod wpływem „Promonty" nie stwierdzono poprawy miejscowej. Samopoczucie jednak chorego uległo wyraźnej poprawie; łaknienie i sen powróciły, nerwowo i psychicznie powrócił do równowagi. Stan ten trudnoby było doprawdy przypisać przypadkowi. Sprawa chorobowa bowiem nadal postępowała, obawa chorego o los ręki prawej powinna się była właściwie zwiększać. Mimo to wszakże, zdaniem moim, niewątpliwie pod wpływem „Promonty", zmieniło się nastawienie psychiczne chorego, co wpłynęło na poprawę jego stanu ogólnego i wzmocniło siły obronne. W związku z tym, już pod koniec drugiego tygodnia podawania „Promonty" stwierdziliśmy uspokojenie się postępującej sprawy ropnej.

W ramach krótkiego doniesienia nie mogę przytoczyć wszystkich historyj chorób przypadków, w których stosowaliśmy „Promontę", ograniczę się więc do ich wyszczególnienia. Podawaliśmy „Promontę" w trzech przypadkach ropniaka opłucnej, po płatowym zapaleniu płuc, w dwóch przypadkach ropowicy kończyn, w przypadku ropni przerzutowych kończyn po płatowym zapaleniu płuc, w przewlekłym zapaleniu szpiku kostnego u dzieci, w przewlekającym się ropieniu w przypadku ropnego zapalenia woreczka żółciowego, wreszcie w przypadku wola zamostkowego.

Poza przypadkiem ropniaka opłucnej, powikłanym postępującą sprawą gruźliczą w obu płucach (zejście śmiertelne po 6-ciu miesięcznym leczeniu), w którym w okresie stosowania „Promonty" nie spostrzegaliśmy wyraźniejszej poprawy, w pozostałych wpływ leczniczy „Promonty" był niewątpliwy. Wybitnie poprawiało się samopoczucie chorych, następowała korzystna zmiana ich usposobienia, poprawa łaknienia i związany z tym przybytek na wadze, wreszcie dobry sen.

W spostrzeżeniach naszych nie jesteśmy bynajmniej odosobnieni. Stanowią one raczej przyczynek do obszernego piśmiennictwa jaki poświęcono już temu preparatowi (*Simonson, Müller, Braun, Kalinowski, Kacperski* i inni). Nie opisano wszakże dotąd, na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa sądząc, korzystnego wpływu stosowania preparatu na przebieg samej choroby chirurgicznej, spostrzeganego w większości naszych przypadków (spadek ciepłoty, cofanie się wysięku opłucnowego, szybkie oczyszczanie się i gojenie ran).

Trudno rozstrzygnąć, czy działanie to

przypisać należy bezpośredniemu wpływowi zawartych w preparacie witamin, czy też lipoidom, czy wreszcie uzyskana przy pomocy tego preparatu poprawa stanu ogólnego chorego pośrednio ułatwiła i umożliwiła mobilizację sił obronnych ustroju. Sporadycznie stosowane przez nas uprzednio w podobnych wypadkach preparaty witaminowe nie dawały tak przekonywujących wyników. Przypuszczamy, że połączenie witamin z lipoidami okazało się szczególnie szczęśliwym i sprawiło, że uzyskaliśmy tak korzystne wyniki. Zachęceni tym stosujemy nadal Promontę uważając preparat za doskonałą odżywkę, uzupełniającą niedostateczną pod względem jakościowym dietę szpitalną w przypadkach przewlekłych spraw chorobowych, w szczególności u tych osobników o podłożu neuropatycznym, których stan ogólny podupada niewspółmiernie do ciężkości schorzenia chirurgicznego i niweczy przez to wszystkie wysiłki lekarza, dążącego do jaknajszybszego wyleczenia chorego.

PIŚMIENNICTWO.

Braun: Warsz. Czasop. Lek. 1933, 39. *Bürchardt:* Klin. Wsch. 1929, s. 1179. *Franchini:* Bioch. Z. 6, 210. *Fromme:* Arch. f. klin. Chir. 1926, t. 189. *Kacperski:* Warsz. Czasop. Lek. 1937, 40. *Kalinowski:* Now. Lek. 1930, 19. *Kunz* i *Molitor:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1928, 132. *Loewe:* Klin. Wsch. 1928, 6. *Löhr W.:* Wundheilung, J. A. Barth, 1937. *Monceaux:* Presse medic. 1931, 18 — 19. *Reiter* i *Reissmann:* Klin. Wsch. 1928, 7. *Salkowski:* Bioch. Z. 51, 407. *Sauerbruch:* Münch. med. Wsch. 1924, 320. *Schittenhelm* i *Massatsch:* D. med. Wsch. 1925, 17. *Sauerbuch, Herrmannsdorfer* i *Gerson:* Münch. med. Wsch. 1926, 2/3. *Serejski:* Bioch. Z. 201, 292. *Skarżyński:* Pol. Gaz. Lek. 1930, 27. *Steudel Hoppe-Seylers:* Zsch. f. Physiol. Chem. 1927, 170. *Weil* i *Besser:* Klin. Wsch. 1931 s. 1941. *Weygandt:* Med. Klin. 1922, 7. *Wheeler-Hill:* Klin. Wsch. 1926, 43.

Z Oddziału Chirurgicznego Państwowego
Szpitala Powszechnego we Lwowie.

O ranach kąsanych i ich leczeniu

podał

Dr Zygfryd Binder.

Rany kąsane należą do ran powstałych w następstwie ucisku, względnie zadanych narzędziem tępym. Wyglądem przypominają one już to bardziej rany kłute (rany zadane przez ukąszenie węża, psa, zwierząt drapieżnych), to znów raczej rany miażdżone (rany powstałe przez ukąszenie konia, człowieka). W mechaniźmie powstawania ran kąsanych mamy do czynienia z sumowaniem się dwóch czynników: czynnik pierwszy — to ucisk, który prowadzi do pierwotnego obrażenia; do niego następowo przyłącza się silne pociąganie, jako siła działająca w kierunku prostopadłym do pierwotnego obrażenia, dzięki czemu rany kąsane przybierają często wygląd ran szarpanych.

Rany kąsane mogą być zadane przez człowieka lub zwierzęta. Rany kąsane zadane przez człowieka spotyka się zwykle na odsłoniętych i wystających częściach ciała, jak na palcach rąk, nosie i małżowinach usznych. Rany te stanowią nieraz dokładne odbicie danego uzębienia. W wyjątkowych wypadkach mamy do czynienia z ranami kąsanymi, które dany osobnik za-

daje sobie, najczęściej umysłowo chory; zwykle jednak rany te spowodowane są przez osobę drugą, przeważnie płci odmiennej. W tych wypadkach następuje czasem zupełne odkąsanie małych części ciała, jak końcowych członków palców rąk, części małżowin usznych lub końca nosa względnie skrzydeł nosowych. Brzegi takich odkąszeń wykazują zwykle odbicie zębów i są podbiegnięte krwią.

Rany kąsane zadane przez zwierzęta spotykamy na kończynach dolnych, na rękach lub twarzy. Ze zwierząt, które wchodzą w rachubę należy wymienić przede wszystkim psy, dalej konie i koty. Rany kąsane zadane przez dzikie zwierzęta spostrzegamy głównie w krajach egzotycznych, w naszych warunkach klimatycznych u osób pracujących w zwierzyńcach. Rany kąsane zadane przez węże nie należą i u nas do rzadkości.

Rany kąsane są obrażeniem częstym, pomimo to postępowanie lecznicze obierane w tych wypadkach pozostawia zwykle wiele do życzenia. Opiera się ono w swym założeniu na stwierdzeniu, mocno moim zdaniem przesadzonego niebezpieczeństwa ran kąsanych, które polegaćby miało na skłonności ran kąsanych do długotrwałego ropienia, oraz na zakażeniu jadłem wścieklizny. Ciężkie powikłania w postaci głębokich ropowic, a nawet stanów posocznicowych, mają być tu zjawiskiem dość częstym. Konsekwencją takiego nastawienia jest postępowanie wyczekujące, mało radykalne, traktujące każdą ranę kąsaną już od pierwszej chwili jako ranę w wysokim stopniu zakażoną. Polega ono właściwie na pozostawieniu rany swemu losowi, a niemal za błąd w sztuce uważamy jest szew pierwotny rany kąsanej. Rany kąsane zadane przez człowieka uchodzą na ogół za mniejsze nieszczęście, rany zadane przez zwierzęta, choćby domowe, zdają się dawać najgorsze rokowanie już od pierwszej chwili po powstaniu obrażenia.

Tymczasem nawet powierzchowna analiza musi budzić wątpliwość co do słuszności i celowości takiego postępowania leczniczego. Ani charakter ran kąsanych, ani też ich umiejscowienie nie mogą być same przez się tak szkodliwe. Pozostaje więc jedynie przypuszczenie, że czynnikiem groźnym jest albo ślina, albo też flora bakteryjna jamy ustnej zwierząt. Tymczasem każdy kto ma możność obserwowania zwierząt domowych zauważył niechybnie, że oczyszczają one (zwłaszcza psy(każdą swą ranę zwilżając ją językiem. Nie powoduje to nie tylko żadnych powikłań w gojeniu się ran, lecz przeciwnie zdaje się ono przebiegać u zwierząt znacznie szybciej niż u człowieka („przysycha jak na psie"). Działanie śliny jest tu głównie mechaniczne, na drugim dopiero planie znajduje się działanie chemiczne. Ten czynnik mechanicznego działania łączy się głównie z zawartością wody i mucyny. Natomiast w składzie chemicznym śliny człowieka, a wśród zwierząt świni, zaczyn amybolityczny, ptyalina odgrywa ważną rolę jako ferment trawienny. Jak widać więc sam skład śliny, a zwłaszcza zwierzęcej, w niczym nie tłumaczy jej rzekomego szkodliwego działania na gojenie się ran kąsanych.

Do powstania zakażenia rany nie wystarcza sama obecność drobnoustrojów chorobotwórczych, lecz wpływają tu jeszcze inne czynniki. Należy zaliczyć do nich przede wszystkim *stan odporności* organizmu w chwili powstania rany i wniknięcia do niej drobnoustrojów. Tam gdzie przy zadaniu rany nastąpiło *zmiażdżenie tkanek*, na skutek czego w ranie znalazła się spora ilość obumarłej tkanki, gdzie rana posiada brzegi nierówne, pełne zagłębień, wypełnionych skrzepłą krwią — zakażenie powsta-

je łatwo, gdyż martwa tkanka i skrzepy krwi są dobrym podłożem dla rozwoju drobnoustrojów. Tym też tłumaczą się dobre wyniki lecznicze, które uzyskujemy postępowaniem chirurgicznym; wycinając i wyrównując brzegi rany usuwamy tkankę martwiczą i skrzepy krwi. Niepoślednią rolę odgrywa również z e s p ó ł b a k t e r y j n y, który znajduje się w zakażonej ranie. Wśród drobnoustrojów mogących spowodować zakażenie przyranne ran kąsanych wymienić należy przede wszystkim gronkowce. *Neisser* uważa, że pod względem wrażliwości na zakażenie gronkowcowe, człowiek zajmuje pierwsze miejsce przed koniem, psem, wołem, kozą, królikiem, morską świnką i myszą. Zakażenie jednak gronkowcami przebiega na ogół łagodnie, nie wywołując zwykle poważniejszych powikłań.

Znacznie cięższy przebieg ma zakażenie paciorkowcami, zwłaszcza zaś szczepami hemolitycznymi. Jeżeli proces chorobowy zacznie się rozwijać w naczyniach limfatycznych skóry, to mogą wystąpić objawy róży, gdy zakażenie przenika w tkankę łączną między skórę a powięź, rozwijają się ropnie i ropowice, jeżeli paciorkowiec przedostaje się do układu krążenia, powstaje wówczas posocznica. Wrażliwość na zakażenie paciorkowcem jest u ludzi różna. Wśród beztlenowców powodujących zakażenie przyranne należy wspomnieć o tężcu. Laseczniki tężca, względnie jego zarodniki znadują się bardzo często w otoczeniu człowieka (w ziemi, mule rzecznym, pyle ulicznym). *Scheft* znalazł je w zepsutych zębach, *Helb* — w ślinie człowieka, poza tym laseczniki tężca znajdują się często w kale ludzi i zwierząt. Przy ranach powstałych w następstwie ukąszenia przez zwierzęta, a zwłaszcza przez psy i koty, musimy liczyć się z możliwością zakażenia wścieklizną. Schorzenie to jest rozpowszechnione wśród zwierząt na całej kuli ziemskiej, wyjąwszy Anglię. W tym bowiem kraju wytępiono całkowicie wściekliznę, a zakaz przywozu psów do Anglii chroni ją przed możliwością ponownego zawleczenia tej choroby.

Wprowadzenie metody pierwotnego wycinania i zespalania ran, święci dzisiaj prawdziwe tryumfy w chirurgii urazowej, zwłaszcza w leczeniu otwartych złamań. Zachodzi więc pytanie, dlaczego właśnie rany kąsane mają być traktowane tak po macoszemu zgoła odmiennie od sposobu stosowanego przy innych ranach, podobnych kształtem, a często poważniej zanieczyszczonych. Wszak wiemy aż nazbyt dobrze, że o dalszym przebiegu zakażenia i wyleczeniu rozstrzyga nie tylko rodzaj i siła czynników chorobotwórczych, lecz również, i to przynajmniej w stopniu równorzędnym, miejscowa oraz ogólna odporność ustroju. Zakażenie rany jest równoznaczne z jej zanieczyszczeniem, i to bądź bakteryjnym, drobnoustrojami chorobotwórczymi, bądź też toksycznym przez jady pochodzenia zwierzęcego. Zanieczyszczone w ten sposób rany mogą mimo to zagoić się bez najmniejszych powikłań; dzieje się to wtedy, gdy procesy połączone z gojeniem się rany potrafią zniszczyć drobnoustroje niechorobotwórcze, bądź też bakterie o małej jadowitości *(Lexer)*.

Dlatego też nasze postępowanie lecznicze powinno wychodzić z założenia biologicznego i dążyć do wspomagania tkanek w ich walce z ewentualnym zakażeniem. Osiągamy to wycinając brzegi rany i zapewniając jej następnie bezwzględny spokój. Wycięcie brzegów rany zamienia ranę przypadkową na ranę, względnie jałową, operacyjną, następowe zaś jej zeszycie przyspiesza wydatnie gojenie. Dzięki opatrunkom ustalającym zapewniamy zranionej kończynie bezwzględny spokój; ten o-

statni czynnik odgrywa w leczeniu następowym ran pierwszorzędną rolę. Skrupulatne wycięcie brzegów rany w piewszych godzinach po urazie jest — o lie chodzi o zakażenie tężcem, nie mniej ważne od zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy. Niektórzy z autorów *(Böhler)* uważają to zapobiegawcze postępowanie chirurgiczne w postaci wycięcia brzegów rany za znacznie ważniejsze od wprowadzenia do ustroju surowicy, rezygnując często wogóle z wykonania wstrzyknięcia zapobiegawczego. O ile chodzi o rany kąsane, to stanowisko dotychczasowe t. zw. klasyczne *(Hudacsek, Verth)* streszcza się w następujących tezach: W przypadkach ran kąsanych rokowanie jest zasadniczo bardzo złe; są to rany zawsze zakażone i to przeważnie przez drobnoustroje o wysokiej jadowitości. Zmiażdżenie tkanek wpływa w wysokim stopniu sprzyjająco na rozwój bakterii ropnych. Dlatego też bezwzględnie nie wolno ran takich zeszywać i należy pozostawić je otwarte, rezygnując tym samym z wygojenia się tych ran bez ropienia. W ostatnich jednak czasach nie brak spostrzeżeń, że rany kąsane, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, nie są zbyt groźne *(Dimtze, Krüger)*; w odróżnieniu od nich rany zadane przez ukąszenie człowieka charakteryzują się ciężkim przebiegiem i prowadzą do powikłań, wymagających niekiedy nawet odjęcia kończyn *(Maier)*.

Opierając się na tych spostrzeżeniach oraz danych higieny i patologii zarówno człowieka, jak i zwierząt, zwłaszcza domowych, postanowiłem nieco zmodyfikować praktykowany dotychczas sposób leczenia ran kąsanych. Usiłowania moje zmierzały do wykonywania szwu pierwotnego ran kąsanych we wszelkich wypadkach, gdzie było to możliwe, to znaczy o ile pomiędzy obrażeniem, a chwilą zaopatrzenia nie minął czas dłuższy aniżeli 8 godzin.

W czasie od 30.XI. 1935 do 13.VIII 1937 a więc w okresie przeszło 20 miesięcznym zaopatrzono w przychodni naszego oddziału 118 osób zgłaszających się z ranami kąsanymi. Zostały one zadane przeważnie przez psy (94 przyp. — 79.6%) rzadziej przez ludzi (6 przyp. — 5%) koty i konie (po 5 przyp. 4.2%) krowę i wiewiórkę (po 1 przyp.). Osoby pokąsane zgłaszały się do zaopatrzenia przeważnie w długi czas po urazie (niekiedy po 4-ch tygodniach) gdy rana zakażona powodowała już dość daleko posunięte powikłania; przed upływem 8-miu godzin od obrażenia zgłosiło się za ledwie 14 osób (11.8%), przed upływem pierwszej doby 13 osób (11%) przed upływem drugiej doby 11 osób (9.3%), olbrzymia zaś większość, bo 80 osób (67.9%), zgłosiła się do opatrzenia znacznie później.

Ze zgłaszających się osób dość znaczny odsetek, bo 38 osób (32.2%) wykazywał powikłania już w chwili zgłoszenia się do opatrunku (ropienie rany, stan zapalny, ropowice itp.); 8 osób (6.7%) wykazywało powikłania specjalnie ciężkie, które później omówię. Postępowanie lecznicze obrane przeze mnie, przedstawiało się w głównych punktach w sposób następujący: *Wszystkie świeże rany, tj. zadane przed upływem 8-miu godzin, zeszywałem po uprzednim wycięciu.* Gdy chorzy zgłaszali się po upływie tego okresu, zakładałem tylko opatrunek jałowy. Następnie dbałem we wszystkich wypadkach o *bezwzględny spokój chorej kończyny;* w przypadkach ran kąsanych kończyn górnych ustalałem je na szynie, gdy obrażenie dotyczyło kończyny dolnej, zalecałem leżenie w łóżku. O ile chorzy zgłaszali się przed upływem 72 godzin od chwili ukąszenia, otrzymywali zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej; zgłaszający się po tym okresie surowicy nie otrzymywali.

W każdym wypadku pokąsania, zwierzęta będące sprawcami obrażenia zostawały poddawane badaniu weterynaryjnemu, a przy najmniejszym podejrzeniu na wściekliznę, osoby poszkodowane poddawały się szczepieniu ochronnemu. Leczony w ten sposób materiał chorych daje się podzielić na dwie grupy:

Grupa I — to osoby, które zgłosiły się w kilka godzin po obrażeniu, w każdym jednak razie przed upływem 8-miu godzin. U chorych tych zeszyto rany po uprzednim wycięciu u wszystkich tych chorych nastąpiło gojenie się rany przez rychłozrost, bez najmniejszych powikłań, z pozostawieniem małej kosmetycznej blizny. Były to rany zadane przez psa, konia, kota, umiejscowione na dłoni, przedramieniu, podudziu, twarzy, wargach. Z 14-tu osób, u których można było założyć pierwotny szew rany, to znaczy które zgłosiły się przed upływem 8-miu godzin od chwili pokąsania, zeszyto rany w 13-tu przypadkach. W każdym z tych przypadków nastąpiło szybko całkowite wygojenie. Tylko jedna z tych osób, u których można było założyć szew pierwotny, kobieta pokąsana w palec przez wiewiórkę, nie chciała zgodzić się na zeszycie rany. Założono jej więc tylko opatrunek jałowy, czego następstwem było długotrwałe ropienie rany.

Grupa II — to osoby, które zgłosiły się do opatrunku po upływie 8-miu godzin od chwili pokąsania, — przeważnie jednak znacznie później. Osoby tej grupy stanowiły olbrzymią większość, bo 88.2% zgłaszających się. U osób tych nie można było założyć pierwotnego szwu na ranę, dlatego też gojenie było w tych wypadkach przedłużone i połączone z lżejszymi lub cięższymi powikłaniami. Dość znaczny odsetek, bo 32.2% zgłaszał się do opatrunku tylko dlatego, że już wystąpiły powikłania, przeważnie w postaci ropienia i miejscowego stanu zapalnego. U chorych tej grupy ograniczałem się do leczenia wyczekującego, ściśle zachowawczego. Ze względu na niemożność zeszycia rany zakładałem opatrunek jałowy, poza tym postępowałem tak samo, jak z chorymi grupy I. Następstwem tego było przedłużone gojenie się ran, trwające niekiedy kilka tygodni, zawsze połączone z ropieniem.

Z pomiędzy osób leczonych w ten sposób (bez zeszycia) 8 (6.7%) wykazywało powikłania specjalnie ciężkie: u 4-ch osób otwarte złamania i zwichnięcia, u 2-ch b. ciężkie ropowice rąk i przedramion, u jednej mnogi czyrak ręki, wreszcie u jednej róża o bardzo ciężkim przebiegu, której punktem wyjściowym była rana kąsana podudzia. Specjalnie cięki przebieg wykazywały rany zadane przez człowieka; ropienie utrzymywało się w tych wypadkach wyjątkowo długo i wymagało przeważnie dodatkowych nacięć i sączkowania. W jednym wypadku rany kąsanej zadanej przez człowieka, powikłanej otwartym zwichnięciem palca, po 3-tygodniowym bezskutecznym leczeniu zachowawczym musiałem, w następstwie ropnego zapalenia stawu międzypaliczkowego i objawów zakażenia ogólnego, odjąć palec, po czym dopiero nastąpiło wyleczenie. Zestawiając wyniki moich spostrzeżeń dochodzę do następujących *wniosków:*

1. Rany kąsane nie są naogół tak niebezpieczne, jak się powszechnie przyjmuje; w każdym razie nie są groźniejsze od ran wywołanych innym urazem, a podobnych kształtem i umiejscowieniem.

2. Rany kąsane należy traktować podobnie jak wszelkie inne rany pou-

razowe i dążyć do ich zeszycia po wycięciu.
3. Rany kąsane nie zeszyte goją się źle, ropieją i prowadzą do powikłań.
4. Rany zadane przez człowieka posiadają wyjątkowo ciężki przebieg.

PIŚMIENNICTWO.

Bruner C.: Handbuch der Wundbehandlung str. 530, *Ellenberg - Scheunert:* Vergleichende Physiologie der Haussäugetiere — str. 219, *Flügge C.:* Grundriss der Hygiene, str. 782, *Hudacsek E.:* Über Bissverletzungen. Bruns Beitr. 161, Zentralorgan für Chir. T. 74 str. 201, *Kapitanoff G.:* Zur Prohylaxe des Tetanus. Zentralblatt für Chirurgie 1935/41, *Kirschner - Nordmann:* Die Chirurgie T. I, str. 462 i T. II str. 638, *Krüger E.:* Hundebissverletzung mit abgebrochenem Zahn. Zentralblatt für Chirurgie 1935/10, *Lexer E.:* Behandlung der örtlichen pyogenen Infektionen. Schweiz. Mediz. Wochenschr — 1935/4, *idem:* Wundinfektionen. Münch. Mediz. Wochenschrift 1937/6, *Maier R.:* Human bite infections of the hand. ref. Zentralorgan für Chirurgie, 1937/9, *Owczarewicz L.:* Bakteriologia zakażeń przyrannych. Medycyna doświadczalna i społeczna, T. XX str. 396, *Wachholz L.:* Medycyna sądowa str. 134.

KAZUISTYKA

Z oddziału chir. II Szpitala na Czystem w Warszawie.
Ordynator: *Dr D. Kohan.*

z zakładu rentgen. Szpitala na Czystem w Warszawie
Ordynator: *Dr Mesz*

Przypadek nerki przemieszczonej odwróconej z naczyniami dodatkowymi

podali

Dr L. Epsztejn i Dr J. Lewinson.

Historia choroby naszego przypadku przedstawia się następująco:

Dnia 6.II.1936 r. przybyła na oddział chirurgiczny II chora Marta J., lat 18 ze skargami na bóle w okolicy pępka po stronie prawej. Chora podaje, że przed 15-tu miesiącami była operowana w innym szpitalu z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W krótkim czasie po operacji, która miała przebieg dobry, wystąpiły bóle i kłucia w okolicy pępka. Bóle te, nasilające się przy każdym wysiłku, utrzymują się do dnia przybycia na oddział z bardzo rzadkimi przerwami. Bóle te nigdzie nie promieniują. Temp. ciała na ogół normalna, czasem jednak zjawiają się podskoki do 39° i wówczas chora ma silniejsze bóle uniemożliwiające jej pracę fizyczną (pracownica domowa). Na tydzień przed przybyciem na oddział chora miała silne bóle i t. ponad 39°; objawy te po jednym dniu ustąpiły. Zaburzeń w oddawaniu moczu brak, periody regularne, upławów nigdy nie miała, miewa kilkudniowe zaparcia stolca. Przez porozumienie się telefoniczne z oddziałem, gdzie chora była operowana, dowiedziano się, że wyrostek robaczkowy był zapalnie zmieniony.

Stan obecny: Chora psychicznie i somatycznie normalnie rozwinięta. W powłokach brzusznych stwierdza się bliznę po prawostronnym cięciu przyprostnym; na wysokości pępka z prawej strony od kręgosłupa w głębi brzucha twór kulisty, twardy, tkliwy, nieruchomy przy oddechu, dający się nieco przesunąć ku górze.

B a d a n i a p o m o c n i c z e: Mocz bez odchyleń od normy, leukocytoza 6800 o wzorze prawidłowym, chromocystoskopia: obie nerki wydzielają intensywnie zabarwiony mocz po 4-ech minutach, ujścia moczowodów i śluzówka pęcherza b. zmian, zdjęcie bezpośrednie jamy brzusznej niczego nie wykazało.

U r o g r a f i a d o ż y l n a: prawa nerka opadnięta, miedniczka odwrócona — kielichy zwrócone do kręgosłupa.

P y e l o g r a f i a d o l n a ten sam obraz: odwrócenie nerki prawej (rys. 1).

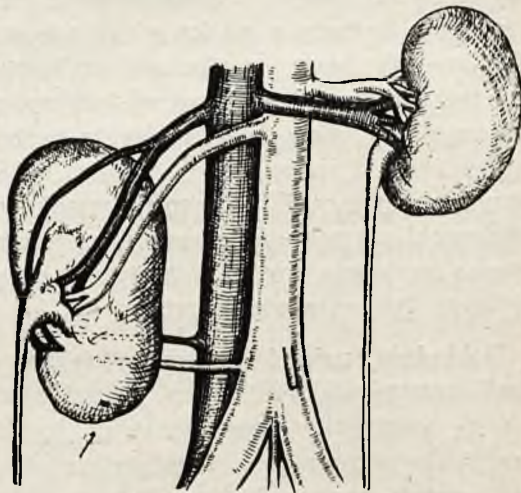


Rys. 1.

W czasie pobytu na oddziale chora miewała co kilka dni ataki bólowe połączone z gorączką do 38°.

Wobec stwierdzenia nerki odwróconej i opuszczonej, względnie przemieszczonej z objawami przejściowego wodonercza, dokonano operacji: Cięcie skośne prawostronne; okazoło się, że nerka jest przemieszczona i wnęka zwrócona do przodu i boku, nadto stwierdzono obecność 2 naczyń dodatkowych - tętnicy i żyły, przebiegających na tylnej powierzchni nerki, utrzymujących nerkę w tym położeniu, a dochodzących do dolnego bieguna nerki, wyraźnie odsznurowanego. Szypuła zwykła, dość długa. Naczynia dodatkowe odchodzą prostopadle do tętnicy brzusznej i żyły próżnej dolnej. Żyła dodatkowa komunikuje odnogą z żyłą nerkową, odnoga ta przebiega przed miedniczką (rys. 2). Kształt nerki zmieniony, dostosowany do jej ułożenia, a więc brzeg przyśrodkowy i boczny są spłaszczone na niekorzyść ścian przedniej i tylnej, wyraźnie zwężonych. Naczynia dodatkowe podwiązano i odcięto, przez co uruchomiona nerka dała się unieść ku górze i nieco obrócić wnęką ku środkowi. Dokonano dekapsulacji części odsznurowanej i umocowano nerkę szwami przez jej tylną torebkę do mięśni lędźwiowych. Paski na łożysko, szew warstwowy powłok.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y początkowo normalny i bezgorączkowy, aż nagle w 3-im tygodniu otworzyła się przetoka moczowa w bliźnie. Badanie moczu w tym okresie wykazało 50 — 100 leukocytów i 0,1 — 0,25% białka. Urografia dożylna i pyelografia dolna wykazały, że nerka jest nadal odwrócona i przemieszczona choć w mniejszym stopniu. Chromocystoskopia: lewa nerka wydziela normalnie, a prawa w tym samym czasie tylko przez przetokę. Również podawany błękit metylenowy wydzielał się przez przetokę. Wobec tego założono chorej na stałe cewnik moczowodowy. Cewnik pozostawał przez 2 tyg. i codziennie zapuszczano przezeń 2 — 4 cm początkowo ½, następnie 1% roztwór azotanu srebra oraz w ostępach 10 dniowych dwukrotnie przypalano przetokę perełką. W tym okresie opatrunek często po parę dni nie przemakał i cewnik usunięto. W następnym tygodniu przetoka zamknęła się. Chorą wypisano 17-go maja 1936 r. z raną zagojoną i w dobrym stanie zdrowia bez żadnych dolegliwości.



Rys. 2.

W omówieniu tego przypadku należy

zwrócić uwagę na kilka momentów wyjaśniających. Jak wiadomo nerka rozwija się z ostatnich praczłonów układu moczowego i w życiu zarodkowym znajduje się początkowo w miednicy małej, zwrócona miedniczką ku przodowi. W tym okresie niema jeszcze szypuły naczyniowej a unaczynienie nerki składa się z 8 oddzielnych naczyń tętniczych i żylnych, dochodzących do poszczególnych płatów nerki. Następnie nerka unosi się powoli ku górze, wydostaje się z miednicy małej i znajduje się wreszcie w końcowym okresie życia płodowego w okolicy lędźwiowej, osiągając XII i XI żebro. Jednocześnie z tym procesem unoszenia się ku górze odbywa się skręcenie nerki wzdłuż osi podłużnej miedniczką ku kręgosłupowi. Również wspomniane początkowe naczynia nerkowe zanikają i jedno z nich stanowi część przyszłej szypuły. W naszym przypadku obrót nerki nie nastąpił, a raczej nerka wykazała tendencję obrotu w kierunku przeciwnym, tzn. miedniczką wbok.

Dokładnie ustalić przyczyny tej anomalii rozwojowej nie można, jednak skłonić się musimy do przypuszczenia, że naczynia dodatkowe, przebiegające na bocznej i tylnej powierzchni nerki, a rozwijające się wolniej niż nerka, nie pozwoliły jej na dostateczne uniesienie się ku górze, a pociągając za boczną i tylną jej ścianę, zwróciły ją miedniczką wbok. I istotnie podczas operacji okazało się, że uwolnienie nerki od tych naczyń dodatkowych pozwoliło na uruchomienie jej, podniesienie wyżej i odwrócenie miedniczką ku stronie przyśrodkowej. Osiągnięcie jednak normalnych warunków anatomicznych okazało się niemożliwe, ponieważ nerka miała jak zaznaczono wyżej, kształty zmienione, dostosowane do poprzedniego ułożenia. Dlatego też na pyelogramach kontrolnych nerka robi wrażenie nadal odwróconej, ale już w mniejszym stopniu. Obydwa pyelogramy kontrolne wypadły o konturach nieregularnych, co początkowo było niejasne, ale wyjaśniło jak się zdaje, w 3-im tygodniu pooperacyjnym, gdy otworzyła się przetoka moczowa. Powstanie tej przetoki powiązać należy prawdopodobnie z zanikiem dolnego odsznurowanego płata nerki, a to skutkiem przecięcia naczyń dodatkowych, idących właśnie do tej części nerki. A więc mieliśmy tu do czynienia z obumarciem płata nerki przy dolnym kielichu. Już w czasie operacji można było liczyć się z tą ewentualnością, jeśli ten płat nie miał normalnego dostatecznego unaczynienia wspólnego z resztą nerki. Jednak po przecięciu naczyń dolnych płat pozornie nie zmienił swego wyglądu w czasie operacji. Przypuszczalnie jednak otwór powstały w dolnym kielichu musiał być mały, jeśli dał się zamknąć przez lapisowanie. Świadczyć to może o powolnym zanikaniu części odsznurowanej, a więc o tym, że odżywianie tego płata było, ale niedostateczne.

Jeśli zastanowimy się nad pochodzeniem dolegliwości, na jakie chora skarżyła się przed operacją, a które się nigdy potem nie powtórzyły, to łączyć je musimy nie z patologicznym ułożeniem nerki, bo nerka po operacji nadal była odwrócona miedniczką wbok, ani z jej przemieszczeniem, bo takie nerki na ogół nie dają dolegliwości, ale właśnie z obecnością naczyń dodatkowych. Dolegliwości, występujące zazwyczaj w razie obecności naczyń dodatkowych, pochodzą od napadowych wodonerczy, a to skutkiem ucisku naczyń na moczowód. W naszym przypadku naczynia dodatkowe nie krzyżowały się z moczowodem i tylko jedna gałązka żylna przylegała do miedniczki, nie mogąc jednak dawać wodonercza. A więc dolegliwości chorej nosiły raczej charakter aortalgii.

Wreszcie na zakończenie musimy zaznaczyć, że chociaż przypadki naczyń dodatkowych nerki nie należą do rzadkości (10 — 18%), to opisy zaledwie 2 przypadków nerki odwróconej i to tylko częściowo odwróconej znajdujemy jedynie w ręczniku Pappina. Natomiast przypadku nerki przemieszczonej, odwróconej z naczyniami dodatkowymi brak w całym dostępnym nam piśmiennictwie.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej.
Kierownik: *Dr Edward Witkowski.*

Przypadek uwięźnięcia uchyłka Meckela w worku przepuklinowym

podał

Dr J. Rosenfeld.

Znana wszystkim chirurgom zasada kontrolowania zawartości worka przepuklinowego przed jego podwiązaniem, w niektórych przypadkach jest może najważniejszym etapem operacji przepukliny.

W worku przepuklinowym znajdujemy często pętlę jelita cienkiego, lub sieć przyrośniętą do worka przepuklinowego. Niekiedy spotyka się część kątnicy z wyrostkiem, albo sam wyrostek mniej lub więcej zmieniony, esicę lub poprzecznicę opuszczoną. Czasami zawartość worka stanowi jajnik z jajowodem, lub sam jajowód.

Obecność uchyłka Meckela w worku przepuklinowym należy do rzadkości.

Przypadek, który poniżej opisuję należy do tak wyjątkowych, że pozwolę sobie, nim przejdę do opisu samego przypadku, kilka słów powiedzieć o uchyłku Meckela w ogóle.

W odległości różnej od kątnicy możemy niekiedy znaleźć na jelicie cienkim coś w rodzaju wyrostka wydrążonego i ślepo zakończonego. Jest to uchyłek, pierwszy raz opisany przez *Meckela* w 1812 r. Wyrostek ten nie jest niczym innym, jak pozostałością przewodu pępkowo-krezkowego (ductus omphalo - mesentericus), który w ustroju embrionalnym łączy jelito pierwotne z pęcherzykiem płodowym. Normalnie przewód jak i pęcherzyk zanika całkowicie. Ale czasami zdarza się, że część tego przewodu pozostaje i tworzy uchyłek *Meckela.*

Według najnowszych prac spotykamy uchyłek Meckela bardzo rzadko (mniej więcej w około 2% przypadków). Wystarczy jeżeli zacytujemy tylko *Hilgenreinera,* który na 4848 przypadków sekcyjnych znalazł tylko raz uchyłek Meckela na 54 przypadki przepukliny (czyli 1,8%).

Punkt przyczepu uchyłka na jelicie cienkim bywa najczęściej w odległości około 30 cm, od kątnicy, ale może się znaleźć bliżej lub w znacznej odległości od niej. Długość jego bywa od 3 — 15 cm, a średnica w miejscu przyczepu równa jest średnicy jelita cienkiego, ale im dalej od jelita tym węższym staje się uchyłek. Na ogół wypełniony jest gazami, rzadko kałem lub pasożytami jelitowymi.

Uchyłek Meckela może być siedliskiem wszelkich schorzeń. Notowane są przypadki ostrych i ropnych zapaleń, a nawet zgorzeli uchyłka, oraz jego pęknięcia. Czasami można się spotkać ze skrętem, lub wgłobieniem uchyłka. Wreszcie uchyłek może wolnym końcem przyrosnąć do jakiejś pętli i wywołać załamanie jelita

z następową ostrą mechaniczną niedrożnością. W rzadkich tylko wypadkach, uchyłek dostaje się do worka przepuklinowego i tam uwięźnie.

Taki właśnie przypadek miałem możność opeperować.

Chory B. W. lat 18, pracownik fizyczny, przywieziony został przez Pogotowie na oddział chirurgiczny Szpitala U. S. w Warszawie,z podejrzeniem na uwięźnięcie przepukliny pachwinowej lewostronnej.

Chory podaje, że jeszcze przed rokiem zauważył, w pachwinie po stronie lewej mały guzek, który mu nie sprawiał żadnych dolegliwości.

Z tego też powodu nie uważał za stosowne zgłaszać się do lekarza. W ciągu ostatnich dwu miesięcy guz znacznie się powiększył, wywołując przy wysiłkach fizycznych dość żywą bolesność. W dniu wczorajszym przy kaszlu poczuł silny ból w lewej pachwinie. Gdy po pewnym czasie ból nie minął zawezwano lekarza, który, nie mogąc odprowadzić guza do jamy brzusznej, przywiózł chorego na oddział.

Poza tym wywiad b. zn.

P r z y b a d a n i u s t w i e r d z a s i ę c o n a s t ę p u j e:

Chory budowy prawidłowej, odżywienia dobrego, wzrostu średniego. Skóra o zabarwieniu normalnym. Śluzówki widoczne dobrze ukrwione. Tętno dobrze wypełnione, średnio napięte. Ciepłota 36° C. Stan ogólny dobry. W obrębie głowy twarzy, szyii i jamy nosowo-gardzielowej brak odchyleń od stosunków prawidłowych. Klatka piersiowa prawidłowa, w płucach i sercu zmian patologicznych się nie wykrywa.

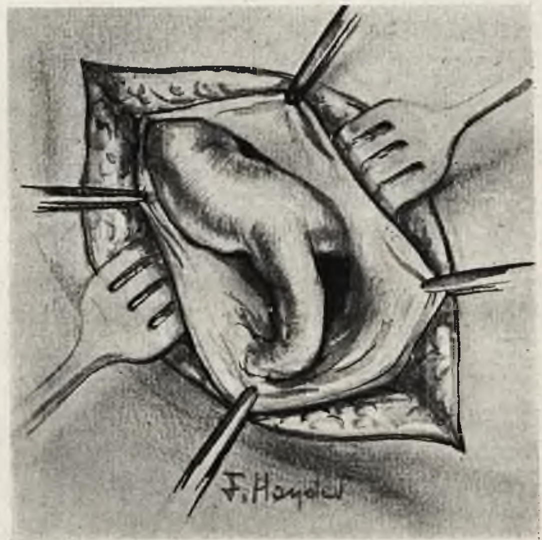
Brzuch dobrze wysklepiony, nie napięty i nie bolesny. Wątroba w granicach prawidłowych, śledziona nie macalna. Wysłuchiwaniem brzucha stwierdzamy wyraźnie ruchy jelit. (Chory miał tego samego dnia wypróżnienie).

W lewej pachwinie stwierdza się guzek wielkości małej mandarynki, gładki okrągły i napięty zwłaszcza przy kaszlu. Próby odprowadzenia guzka do jamy brzusznej nie dały wyniku. Przy tych próbach chory odczuwa bardzo silną bolesność. Jądro lewe nieco powiększone, nie bolesne na ucisk. Ze względu na to, że chory oddał stolec i gazy i stan ogólny jego był zadawalający, nie operowano go natychmiast. Rozpoznanie kliniczne: hernia inguinalis accreta sin.

Operacja odbyła się dopiero po dwu dniach. Dzień poprzedzający operację wykorzystano na przygotowanie chorego, a więc zalecono lawatywę i przeprowadzono badanie moczu, która zresztą żadnych zmian nie wykazało.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym nowokainą 0,5%, z cięcia skośnego wzdłuż wiązadła Pouparta. Po otwarciu kanału pachwinowego odsłonięto guzek, wielkości małej mandarynki, stanowiący worek przepuklinowy. Przy wydzielaniu worka stwierdzono, że przepuklina jest wrodzona. Wobec tego odrazu worek otwarto. Po nacięciu worka wylało się dość dużo płynu surowiczego.

Z początku sądziłem, że w worku uwięznięty jest rozdęty wyrostek robaczkowy. Ale po wyciągnięciu przyległej do tego wyrostka pętli jelita cienkiego okazało się, że jest to uchyłek Meckela długości około 11 cm, którego koniec zrośnięty jest z workiem przepuklinowym. (patrz rys. 1).



Rys. 1.

Sam uchyłek był silnie przekrwiony i w pewnym miejscu nosił ślady ucisku. Dokonano wycięcia uchyłka tak jakby to był wyrostek robaczkowy. Kikut zaopatrzono kapciuchem.

Następnym etapem operacyjnym było zlikwidowanie współistniejącego wodniaka jądra (sposobem *Winckelmanna)*, oraz zaopatrzenie kanału pachwinowego według metody *Girarda.*

Przebieg pooperacyjny gładki, bez powikłań. Chory po 12 dniach wypisał się z raną zagojoną przez rychłozrost.

PIŚMIENNICTWO:

1) *Ach. Dimitriu:* Szpital tom,57, str. 307 — 309. 2) *Kirschner i Nordman:* Die Chirurgie tom V. 3) *Lecène i Leriche:* Therapeutique Chirurgicale tom III. 4) *Léjars:* Exploration clinique et diagnostic chirurgical. 5) *Mondor:* Diagnostics urgents. 6) *Matyas:* Zentralblatt für Chirurgie tom 64, nr. 15, 1937, 886 — 889. 7) *Wojciechowski:* Podręcznik chirurgii, T. I.

RESUMÉ.

Un cas de diverticule de Meckel etranglé dans un sac herniaire

par

Dr J. Rosenfeld.

L'auteur après avoir briévement passé en revue sur les données anatomo-pathologiques du diverticule de Meckel en général, decrit un cas très curieux de diverticule de Meckel etranglé dans un sac herniaire.

Il s'agit d'un ouvrier, agé de 18 ans, qui depuis quelques mois est porteur d'une hernie inguinale gauche. Il ne se plaignait d'ailleurs jamais.

Brusquement il a été pris des douleurs vives dans l'aine et fût amené d'urgence a l'hôpital. Là on a trouvé un état général bon et dans la région inguinale gauche une hernie irreductible. Il fût operé le troisième jour de son arrivée. A l'ouverture du sac herniaire on croit se trouver en présence d'un étraglement de l'appendice, mais en attirant dans la plaie l'anse intestinale on reconnait que cet appendice est inseré sur une anse grèle. C'etait un diverticule de Meckel long de 11 cm dont la portion términale a été fixée sur le sac. Sur le diverticule on a constaté des traces d'etranglement. Resection du diverticule comme un appedice avec enfouissement du moignon. Guérison.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie
Dyr.: *Prof. Dr T. Ostrowski.*

Kilka uwag o technice przetaczania krwi
(Aparat francuski Henry - Jouvelet).

podał

Wit Rzepecki.

Przetaczanie krwi w okresie po wojnie światowej stało się bardzo częstym zabiegiem leczniczym. Wpłynęło na to wiele czynników, jak udoskonalona i uproszczona metodyka badań grup krwi, znaczne rozszerzenie wskazań do przetaczania krwi, (sprawy ropne u dzieci, schorzenia infekcyjne, przygotowanie przedoperacyjne celem uniknięcia ciężkich stanów wstrząsu itd.) wreszcie stworzenie ośrodków dawców krwi. Z innych czynników należy wymienić otrzymanie nowych źró-

deł krwi taniej, jak krew pobrana w krótkim czasie po śmierci u osób nagle zmarłych lub krew otrzymana z łożyska matki, na koniec zaś dodatni wynik prób przechowania przez okres kilku tygodni krwi, zdatnej następowo do przetoczenia, co z kolei rzeczy rzuciło nowe światło na możliwość stosowania masowych przetaczań w okresie wojny, zdala od szpitali i bez koniecznej obecności dawców krwi.

W ślad za tym postępuje również sama technika przetaczania krwi i udoskonalanie aparatów używanych do tego celu. Technika przetaczania krwi ustalonej (cytrynianowej), bądź przechowanej w płynach zapobiegających krzepnieniu (heparyna, liquoid), wreszcie krwi trupiej, nie napotyka na większe trudności. Używa się do tego celu zwykłej strzykawki większej pojemności, ewentualnie z dodatkiem dwudrożnego kurka, bądź zawieszonego na pewnej wysokości naczynia (hegara), lub lejka z ogrzaną krwią, która przepływa rurką gumową do żyły biorcy, oraz prostych aparatów o typie flaszki *Potaine'a,* w których zwiększone ciśnienie powietrza wypiera zawartą w nich krew w żądanym kierunku (flaszki *Bobrowa, Aleksandrowicza i i.).* Można też zastosować naczynia z włączonym kroplomierzem do długotrwałego kroplowego przetaczania krwi ustalonej. Należy też wspomnieć o drogich naczyniach atrombitowych zapobiegających krzepnieniu, używanych do zbierania wynaczynionej krwi.

Krew „żywa" t. zn. zupełnie świeża, nie posiadająca jakiegokolwiek dodatku obcego składnika (cytrynianu sodu, płynu fizjologicznego itd.), zbliżona swą ciepłotą do temperatury ciała i szybko przetoczona choremu posiada niewątpliwą przewagę leczniczo-biologiczną nad innymi rodzajami krwi używanych do przetaczań. Krzepnie ona jednak szybko, co przeszkadza i uniemożliwia niejednokrotnie przetoczenie krwi.

Do przetaczania krwi świeżej używano wielu aparatów sporządzonych po największej części na wzór zwykłych strzykawek, — zawodziły one jednak zwłaszcza w rękach niewprawnych. Tworzące się skrzepy między ścianą wewnętrzną strzykawki a tłokiem „blokowały" ruch tłoka. Skrzepy w igle twiącej w żyle dawcy lub biorcy powstawały dzięki stałym choć krótkim przerwom w ciągłości ruchu krwi, gdyż przy użyciu kurka dwudrożnego raz układ doprowadzający, raz odprowadzający wypełniony był słupem krwi będącej w zupełnym spoczynku. Wylewanie parafiną naczyń i aparatów nie okazało się zbyt dogodnym i prostym. Z częściej używanych aparatów do przetaczania krwi należy wymienić strzykawki *Sokołowskiego, Jubé, Rutkowskiego, Oehleckera, Backey'a,* aparat *Becart'a i* w. i.

Aparat francuski *(L. Henry i Jouvelet) H. J.* skonstruowany jest na zupełnie nowej zasadzie, gdyż krew przepływa s t a l e, nie gromadzi się w żadnym zbiorniku (strzykawce) i nie wymaga dodatku ciał zapobiegających krzepnieniu przetaczanej krwi. Jest to aparat bardzo wygodny w użyciu i prosty, dość jednak kosztowny, co jest jednak usprawiedliwione precyzyjnem jego wykonaniem. Aparat ten [1]) składa się z dwu ruchomych metalowych stolików (B_1 i B_2), które spoczywają na podstawie (P) i dają się łatwo zesuwać za pomocą ruchowej dźwigni (Dz). Rys. 1. Metalowe stoliki posiadają dwa wydrążenia, które po zamknięciu dźwigni tworzą cylindryczne łożysko o średnicy kilku cm., w środku którego osadzona jest na osi korba (K) poruszana ręką. Na tej samej osi osadzona jest metalowa część i to odśrodkowo, spełniająca rolę obrotowego tłoka (T). Właściwą częścią aparatu *H. J.* jest zwykła rurka gumowa (R) o równej średnicy światła wewnętrznego, zakończona dwoma igłami. Rurkę tą wkłada się do aparatu w kształcie pętli przez dwa otwory (doprowadzający i odprowadzający 01 i 02) i to w ten sposób, że pętla przylega ściśle do łoży-

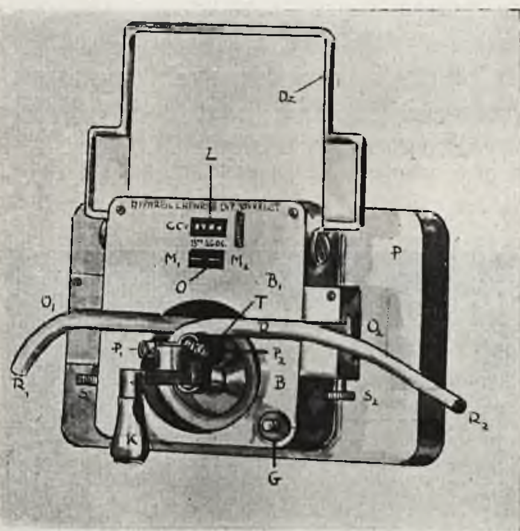
---

[1]) dostarczony Klinice przez firmę: J. Trepczyński, Lwów ul. Dominikańska 1. 9.

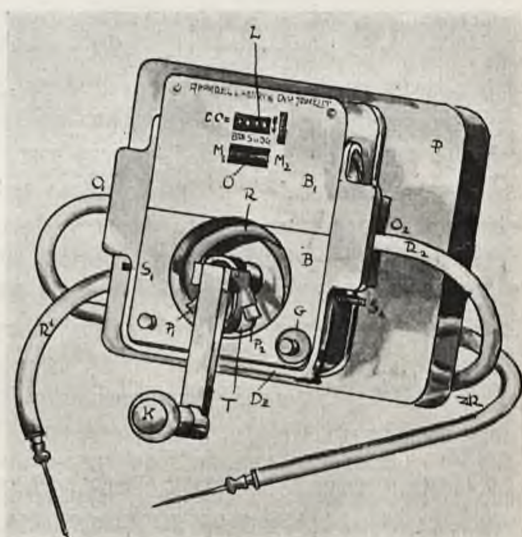
ska, a tłok (T) przyciska rurkę gumową do wewnętrznej ściany łożyska. Przez wprowadzenie ręką korby w ruch obrotowy, zgodny z ruchem zegara, tłok poruszający się po obwodzie łożyska pcha przed sobą słup płynu przez rurkę R_2 w prawo, zaś z rurki R_1 wsysa za sobą płyn od strony lewej do aparatu. Jeśli zamkniemy dźwignią aparat, rurkę doprowadzającą R_2 wypełnimy krwią przez nakłucie żyły dawcy, następnie wykonamy kilka (8 — 10) obrotów korbą, aż do ukazania się krwi w igle odprowadzającej, igłę tę wkłujemy w żyłę biorcy i zaczniemy wykonywać korbą obroty w prawo — przetaczanie krwi jest już w toku w sposób prosty i łatwy. Rys. 2.

fa nam liczbę do stanu zerowego. Oba końce rurki umocowane są śrubami S_1 i S_2, a zmiany ciśnienia w rurce na wysokości obu śrub notowane są manometrem dźwigniowym M_1 i M_2 w okienku 0. Pokrycie przy regulacji przez obie wskazówki manometru stałej linii poziomej (czerwonej) i dalsze utrzymywanie się tego stanu przez czas trwania przetaczania oznacza, że ciśnienie w obu rurkach oraz przebieg przetaczania układają się dobrze. Wychylenia jednej, bądź drugiej wskazówki wymagają sprawdzenia drożności igieł, rurek, znalezienia skrzepu itd.

Przesunięcie guzika G dozwala na obrót korby K bądź tylko w prawo, bądź też w obie strony. Natomiast w razie przesunięcia guziką na



Rys. 1.



Rys. 2.

Dla zrozumienia całości działania aparatu należy jeszcze wspomnieć o kilku szczegółach technicznych.

Rurka gumowa jest jedyną częścią aparatu, którą należy wyjałowić, gdyż tylko ta ma styczność z przepływającą krwią i łączy żyłę dawcy i biorcy bez innego pośrednictwa, a aparat jest jedynie zewnętrzną oprawą i spełnia czynność ssąco-tłoczącą. Rurka ta ma ustaloną fabrycznie średnicę światła wewnętrznego w ten sposób, że jeden obrót korbą pełny o 360°, daje przepływ 1 ccm. płynu. Można jednak w ostateczności użyć rurki gumowej zwykłej o podobnej średnicy. Każdy obrót korby jest notowany na liczniku (L). W ten sposób zakończenie przetaczania odczytujemy na liczniku, który wskazuje nam ile krwi przetoczyliśmy, a zębate kółko licznika co-

znak czerwony, wsteczny ruch krwi jest wyłączony.

Aparat opisany jest stosunkowo bardzo prosty w użyciu i może być obsłużony ruchem korby przez jednego tylko lekarza, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie żyły dawcy, a szczególnie biorcy są zupełnie dobrze wypełnione i rozwinięte. Krew krąży w nim w sposób ciągły, styka się tylko z gładką powierzchnią gumowej rurki i dlatego aparat nie zacina się wskutek tworzenia skrzepów. Krew nie ulega traumatyzacji wskutek łagodnego ucisku tłoka obrotowego, a dzięki stosunkowo

szybkiemu przepływowi nie oziębia się znacznie, gdyż guma stanowi materiał trudno przepuszczający ciepło.

Aparat *H. J.* należy uznać za znakomity postęp w dziedzinie technicznego usprawnienia przetaczania krwi, a kilkudziesięciokrotne użycie jego na klinice chirurgicznej U. J. K. we Lwowie potwierdziło, jak na początek posługiwania się tym aparatem, zupełną jego celowość i wygodę. Okres wstępny przetaczania krwi tym aparatem nasuwa mi jednak kilka uwag.

Autorzy francuscy i brazylijscy polecają przed użyciem aparatu przemywanie rurki gumowej olejem parafinowym jałowym, osobiście jednak używam do tego celu (a także i do igieł), jałowego rozczynu cytrynianu sodu, co znakomicie przeciwdziała krzepnięciu. Po wprowadzeniu igły do żyły dawcy usuwam ruchem korby cytrynian sodu z rurki, a z chwilą ukazania się krwi czystej, łączę z igłą biorcy. *Palazzo i Tenconi* przemywają igłę od strony biorcy płynem fizjologicznym za pomocą odpowiedniej trójdrożnej rurki.

Druga uwaga dotyczy wprowadzania igieł do żyły. Ponieważ na klinice posiadamy możność szybkiego, łatwego odsłonięcia żyły biorcy w warunkach aseptycznych, robimy to zazwyczaj, zwłaszcza, że dokonujemy często przetaczania krwi u dzieci małych z kliniki pediatryczej, u których żyły są bardzo wąskie. Na rys. 3. przedstawiono przetaczanie krwi u dziecka. Nie widzimy miejsca wkłucia igły w żyłę dawcy, która znajduje się po stronie przyśrodkowej okolicy stawu łokciowego. Lekarz ma możność obsługując aparat odsłonić naprzód mytemi rękami żyłę u dziecka i to w jałowych rękawiczkach, następnie obraca korbą aparatu, a po uskutecznieniu przetaczania krwi zdejmuje brudne rękawiczki, wyciera jodalkoholem ręce i czysto kończy szew skórny nad odsłoniętą żyłą. U dzieci bardzo małych (kilkutygodniowych lub miesięcznych) jak dotychczas zawsze udawało mi się wprowadzić cienką kaniulę sporządzaną ze spiłowanej i wygładzonej igły do zastrzyków kamfory i w tych razach używałem zawsze krwi cytrynianowej, przetaczanej z naczynia kalibrowanego aparatem *H. J.* U osesków jednak spowodu małej ilości przetaczanej krwi (ca 50 ccm.) śmiało można użyć strzykawki Record pojemności 20 ccm. Z reguły nakłuwałem żyłę dawcy, która w porównaniu z układem żylnym biorcy przedstawia znakomity stan wypełnienia, jędrności i średnicy. Żyły biorcy u ludzi dorosłych (meżczyzn) są również zupełnie zdatne do wkłucia bez chirurgicznego odsłonięcia.



Rys. 3.

Trzecia uwaga dotyczy użycia przepływowej, szklanej rurki z rozszerzonym kanałem w krztałcie bańki, zgiętej nieco pod kątem ca. 160°, a zaopatrzonej z obu końców nasadami dostosowanymi do nałożenia końców igieł iniekcyjnych. Rurka ta wyrobu angielskiego firmy *Fivepoint* ułatwia nie tylko zwykłe zastrzyki dożylne, ale kontroluje także dostanie się powietrza przy przetaczaniu krwi.

Przy wprawnym użyciu aparatu *H. J.* powietrze z reguły nie dostaje się do rurki, może to jednak nastąpić niekiedy przy stworzeniu się skrzepu w igle dawcy lub przy zbyt niskim ciśnieniu panującym w układzie żylnym dawcy. Taki niski stan ciśnienia zdarza się niekiedy w stanach omdlenia dawcy lub przy zbyt silnym uciśnięciu jego tętnicy ramieniowej, kiedy krew tętnicza nie krąży, tj. następuje „Esmarch", zamiast „Biera". Wskutek braku dopływu świeżej krwi tętniczej w tym wypadku, dochodzi do rychłego wyczerpania krwi żylnej. Brak wtedy tej koniecznej siły ciśnienia żylnego, działającej w sensie „vis a tergo", a potrzebnej do sprawnego działania tłoka obrotowego. Jeśli tłok ssie z rurki doprowadzającej „na pusto", to powoduje on nagłe cofnięcie się słupa krwi z rurki odprowadzającej, a to przy przejściu skrzyżowania pętli gumowej wtedy i powietrze dostaje się do rurki, bądź przez istniejące nieszczelności, bądź też poprostu z krwi dawcy pozostającej pod zmniejszonym ciśnieniem.

Użycie aparatu *H. J.* nie kończy się na przetaczaniu krwi. Służyć on może do opróżnienia, a nawet przemywania n. p. jamy opłucnowej. Kilkakrotny ruch korbą wysysa płyn poddany nakłuciu, a wyjęta z aparatu rurka działa już sama jak lewarowe urządzenie. Można wykonać aparatem *H. J.* zastrzyki dożylne wielkich ilości cukru gronowego lub płynu fizjologicznego *(Bocquetin)*. Przy długotrwałym i powolnym zastrzyku dożylnym *(injections lentes et contineues)* adrenaliny w płynie fizjologicznym używali aparatu *H. J.* w zwalczaniu wstrząsu poporodowego *Lèvy-Solal, Sureau, Sallet* lub pooperacyjnego *Sallet*. Jeśli połączymy aparat ten z odpowiednim motorem możemy obserwować i badać wpływ powolnego wprowadzenia przez kilkanaście godzin do ustroju zwierzęcia pewnych ciał jak n. p. insuliny lub adrenaliny dla celów doświadczalnych. *(Baudouin, Benard, Lewin, Sallet)*. Na koniec należy wspomnieć o użyciu aparatu *H. J.* do pobierania krwi dla celów przechowania jej w naczyniach jałowych *(Hustin, Dumont)* lub o użyciu aparatu do stosowania dożylnego uśpienia ewipanem *(Perard)*.

Aparat *L. Henry i Dr Jouvelet* spełniać może rozległą rolę przyrządu ssąco-tłoczącego dla wielu celów, rolę szczególną jednak odgrywa w sprawnym przetaczaniu krwi na oddziałach szpitalnych, w klinikach lub w razie wojny. Nic dziwnego, że dla swych zalet był on wielokrotnie demonstrowany na posiedzeniach towarzystw chirurgicznych, lekarskich i został zatwierdzony we Francji przez francuskie ministrestwo wojny, marynarki, kolonii i op. społ. W klinikach i szpitalach województwa lwowskiego, a także w innych dzielnicach Polski znajdują się aparaty *H. J.* już w użyciu.

PIŚMIENNICTWO:

Baudouin, Bénard, Lewin, Sallet. Comptes rendus des seances de la Société de Biologie. T. CXVIII, Nr. 6. 1935. *Bocquetin:* Mémoires de L'Academie de Chirurgie. T. 62. Nr. 21. 1936. *Gayet-Merz:* Journal d'Urologie. T. 42. Nr. 1. 1936. *Hustin, Dumont:* Le Scalpel Nr. 2. 1938. *Lèvy-Solal, Sureau, Sallet:* Le Documantaire médical. 1935. Octobre. *Nowakowski.* Medycyna Współczesna. str. 213. Nr. 2. 1938. *Palazzo, Tenconi:* La Semana Mèdica. 1937. Nr. 7. *Perard:* Maroc-Méd. 1937. Nr. 179. La Presse Méd. 1934. Nr. 40. *Sallet Jean:* Injections continues intravasculaires en physiologie et en thérapeutique. Paris. 1936. Le Scalpel. Nr. 9. 1935. str. 279.

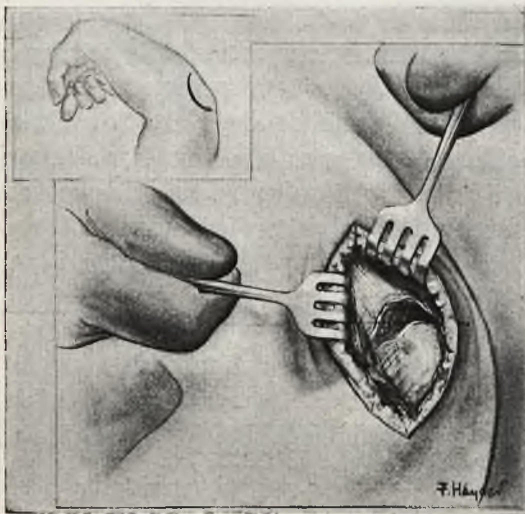
Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Płk.dr T. Sokołowski.*

W sprawie techniki operacyjnego leczenia zamkniętych złamań wyrostka łokciowego [1])

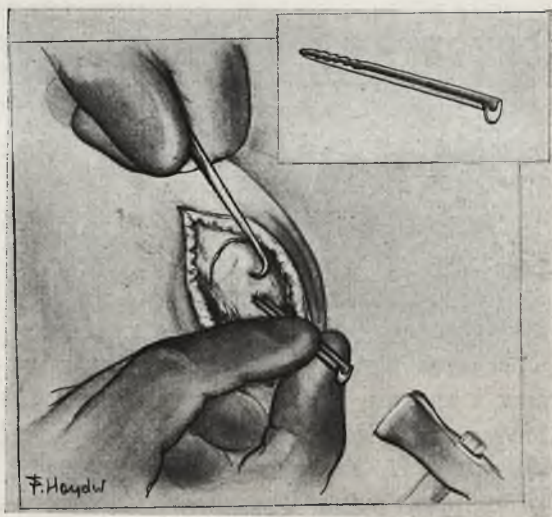
podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

W złamaniu wyrostka łokciowego dochodzi zwykle do powstania rozejścia się odłamów wskutek pociągania odłamanego wyrotka przez ścięgnisty przyczep m. trójgłowego ramienia. Przypadki zamkniętych złamań bez przemieszczenia kwalifikują się do leczenia zachowawczego — unieruchomienia na szynie gipsowej. Natomiast złamania z rozejściem się odłamów wymagają leczenia operacyjnego, polegającego na krwawym nastawieniu złamania i zespoleniu odłamów. Z pośród wielu sposobów zespolenia za najlepszy uważamy przybicie odłamanego wyrostka do trzonu k. łokciowej *gwoździem Lambotte'a.*



Rys. 1. Technika zabiegu przybicia wyrostka łokciowego gwoździem Lambotte'a. a) Linia cięcia skórnego.



Rys. 2. Technika zabiegu przybicia wyrostka łokciowego gwoździem Lambotte'a. Wbijanie gwoździa.

Gwóźdź ten (rys. 2) specjalnie nadaje się do tego zabiegu, gdyż dzięki swemu rynienkowatemu kształtowi zajmuje mało miejsca w kości, w przeciwstawieniu do zwykłych gwoździ, czy śrub.

T e c h n i k a z a b i e g u jest następująca (rys. 1 — 2): znieczulenie miejscowe, względnie uśpienie. Kończyna w zgięciu łokciowym ułożona na klatce piersiowej chorego. Cięcie skórne płatowe, okalające wyczuwalną przez skórę szparę złamania, o podstawie płata skierowanej ku stronie przyśrodkowej. Po odsłonięciu szpary złamania usuwa się z niej skrzepy krwi i strzępy tkanek mięk-

[1]) Referat wygłoszony na VI Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatolog. w Poznaniu dnia 4.IV.1938.

kich, a w przypadkach starszych odświeża się powierzchnie odłamów, po czym za pomocą jednego lub dwu jednozębnych ostrych haków dociąga się odłamany wyrostek łokciowy, ustawiając go anatomicznie pod kontrolą wzroku i palca. Przez widoczny w ranie wierzchołek wyrostka wprowadza się odpowiednio długi gwóźdź Lambotte'a i wbija się go poprzez wyrostek do trzonu k. łokciowej. Gwóźdź musi być wbity w takim kierunku, by nie przenikał do szpary stawowej i dobrze zagłębiał się w trzonie k. łokciowej, nie wysterczając z niej. Dobry styk odłamów osiąga się przez ich zaklinowanie i dobicie gwoździa o ile możności do końca tak, by główka gwoździa uniemożliwiała cofnięcie się przybitego wyrostka. Zeszywanie rozdartego ścięgna nie jest nawet konieczne; po zeszyciu rany skórnej unieruchamia się zgiętą pod kątem prostym kończynę w szynie gipsowej na okres 10 — 14 dni. Dalsze leczenie podlega na gimnastyce czynnej, masażach mięśni ramienia i przedramienia oraz kąpielach; zakres ruchów w stawie zwiększa się szybko.



Rys. 3. Przyp. 2. Rntg. wykonany w 7 mies. po zabiegu: widoczne rozrzedzenie kości dokoła nie usuniętego gwoździa.

Po upływie 6 — 8 tygodni należy usunąć gwóźdź, gdyż może on być przyczyną dolegliwości oraz wywołać odczyn w postaci ograniczonego rozrzedzenia tkanki kostnej. Na rntg. 3, wykonanym w 7 mies. po zabiegu, widać rozrzedzenie kości dokoła gwoździa u osobnika, który nie zgłosił się do wyjęcia gwoździa. Odczyn taki należał by zapewne do rzadkości, gdyby można było używać gwoździ Lambotte'a wykonanych z nierdzewnej stali — niestety żadna z firm krajowych, do których zwracaliśmy się z propozycją produkcji nie podjęła się tego zadania.

P r z e c i w w s k a z a n i e do omawianego zabiegu stanowią: złamania otwarte, obecność zmian na skórze w okolicy łokcia oraz zupełne zdruzgotanie wyrostka łokciowego, uniemożliwiające wbicie gwoździa. Przypadki rozbicia wyrostka na kilka odłamów wymagają niekiedy wbicia dwu gwoździ — w ten sposób zostały załatwione w Instytutcie 3 przypadki; jeden z nich ilustruje rntg. 4a i b.

W przypadkach zastarzałych, w których przykurcz m. trójgłowego uniemożliwia uzyskanie styku odświeżonych powierzchni odłamów w ustawieniu zgięcia w łokciu przynajmniej pod kątem prostym, konieczne jest wydłużenie ścięgna m. grójgłowego, polegające na przecięciu ścięgna w kształcie litery Z i zeszyciu.

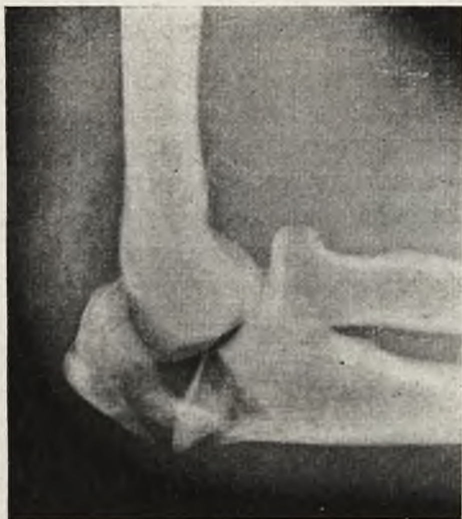
Zalety omawianej metody stanowią:

1) możność anatomicznego nastawienia złamania w otwartej ranie i uzyskania dobrego styku odłamów całą powierzchnią złamania, zeszycie drutem nie jest w stanie zapewnić takiego styku, zwłaszcza w obrębie powierzchni stawowej;

2) możność wczesnego rozpoczęcia ruchów w stawie łokciowym, gdyż dobrze wbity gwóźdź Lambotte'a zespala odłamy w sposób pewny i uniemożliwia nawet nieznaczne przesunięcia przy ruchach. Ani zwykły gwóźdź, ani śruba nie mogą zapewnić tak dokładnego unieruchomienia po wczesnym zdjęciu opatrunku gipsowego, gdyż nie tkwią one tak mocno w istocie gąbczastej;
3) prostota zabiegu, jego łatwość techniczna, nieskomplikowane instrumentarium; nie ma tu ani mozolnego wiercenia otworów do przeprowadzenia drutu, ani długotrwającego wkręcania śruby, przy czym tak łatwo zniweczyć cały wynik zabiegu z chwilą przekręcenia śruby — w istocie gąbczastej dochodzi do tego prawie zawsze.

W ciągu r. 1936 i 37 wykonano w Instytucie Chirurgii Urazowej w 15 przyp. złamań wyrostka łokciowego przybicie gwoździem Lambotte'a. W początkowym okresie pracy Instytutu próbowano w kilku przypadkach zespolania odłamów śrubą lub drutem Kirschnerowskim — wyniki nie były zachęcające i wobec tego przyjęto gwoździowanie Lambottem za metodę z wyboru.

Na zakończenie przedstawię rentgenogramy kilku naszych przypadków.



Rys. 4a. Wielokrotne złamanie wyrostka łokciowego; rntg. pierwotny.



Rys. 4b. Ten sam przypadek po przybiciu 2-ma gwoździami.

Przypadek 1. (rys. 5a, b). Wyrostek przybity 2-ma gwoździami; na rntg. uwidacznia się doskonała rekonstrukcja powierzchni stawowej w miejscu złamania, co jest niezmiernie ważne w tych śródstawowych złamaniach, ze względu na późniejszą sprawność ruchową stawu.



Rys. 5a. Przyp. 1. Rntg. pierwotny.



Rys. 5b. Przyp. 1. Rntg. po przybiciu 2-ma gwoździami.

Przypadek 2. (rys. 6a-d i rys. 3). W 6 tyg. po przybiciu odłamanego wyrostka (a, b) 15-letni chłopiec upadł ponownie na ten sam łokieć, wskutek czego doszło do rozejścia się nie zupełnie jeszcze zrośniętych odłamów i nadgięcia się gwoździa (c); gwóźdź usunięto i wykonano zabieg ponownie (d). Kontrolne badanie po 7 mies. wykazało: zgięcie pełne, wyprostowanie do 160°; rentgenologicznie odczyn dokoła gwoździa (rys. 3), to też musi być on usunięty; szpary złamania nie znać zupełnie.









Rys. 6c. Przyp. 2. Rntg. po upadku na łokieć w 6 tyg. po zabiegu.





Rys. 6d. Rntg. po ponownym zabiegu.



Rys. 7a. Przyp. 3. Rntg. pierwotny.

Przypadek 3. (rys. 7a-e). Rntg. przedstawiają obraz po złamaniu, po zabiegu i po usunięciu gwoździa; fotografie ilustrują zakres ruchów w 5 mies. po zabiegu.





Rys. 7b. Przyp. 3. Rntg. po zabiegu.





Rys. 7c. Przyp. 3. Rntg. kontrolny po wyjęciu gwoździa.



Rys. 7d, e. Przyp. 3. Zgięcie i prostowanie w łokciu.

Przypadek 4. (rys. 8a, b). Zastarzałe złamanie z dużym rozejściem się odłamów — klinicznie dobry zakres ruchów, ale znaczne osłabienie kończyny. zabieg wykonano w 2 mies. po złamaniu; wydłużenie ścięgna m. trójgłowego.



Rys. 8a. Przyp. 4. Rntg. zastarzałego złamania wyrostka łokciowego.



Rys. 8b. Przyp. 4. Rntg. po zabiegu.

Na 6 przyp., które zgłosiły się w ostatnich dniach do badania kontrolnego — stwierdziliśmy u 5-ciu pełny zakres ruchów i brak dolegliwości, w jednym (przyp. 2) nie duże ograniczenie prostowania i dolegliwości z powodu odczynu, jaki daje nie usunięty gwóźdź.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Przyczynek do techniki leczenia złamań trzonu kości udowej

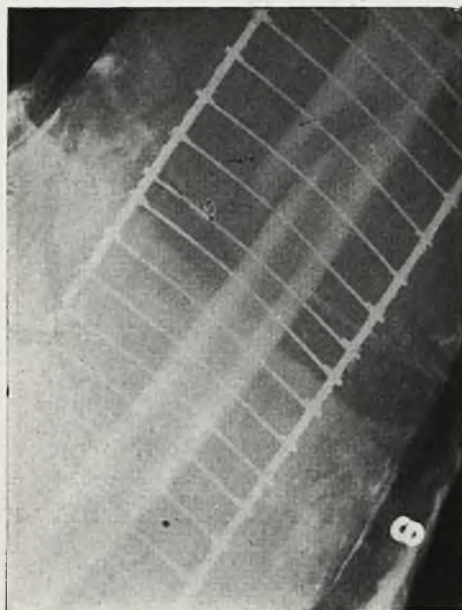
podał

Dr J. Szulc.

W uzupełnieniu ogłoszonych w Chirurgu Polskim prac, dotyczących metody leczenia złamań trzonu kości udowej, przyjętej w Instytucie Chirurgii Urazowej *(Skorko, Szulc, Wagner, Markowski)*, przedstawiam sposób przeprowadzenia wyciągu i nastawienia za pomocą dwu drutów Kirschnera, który okazał się pomocny dla uzyskania anatomicznego ustawienia odłamów w dwu podanych poniżej przypadkach:

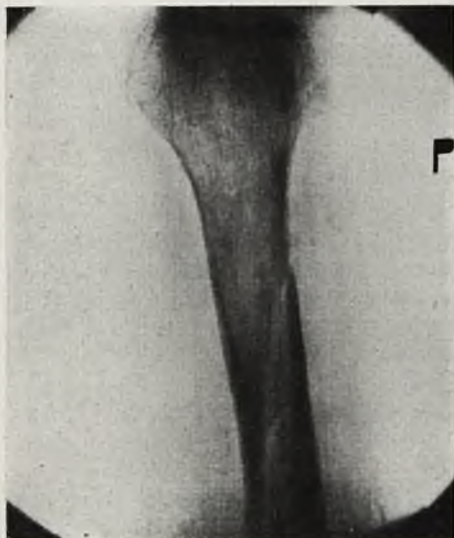
Przypadek I. Chora Z. W., lat 52, upadła na ulicy i doznała skośnego złamania nadkłykciowego uda prawego. Po ułożeniu na szynie pionowej z wyciągiem, drutem poprzez kłykcie udowe, odłam obwodowy ustawia się uporczywie pod kątem, jak to przedstawia rys. 1. Skuteczne zastosowanie gipsowego mankietu korekcyjnego jest niemożliwe wobec rozległych pęcherzy na skórze. Wobec powyższego kończynę przeniesiono na podstawkę Brauna, zakładając drugi wyciąg drutem przez guzowatość piszczela, zaś pierwszego drutu użyto zamiast mankietu ko-

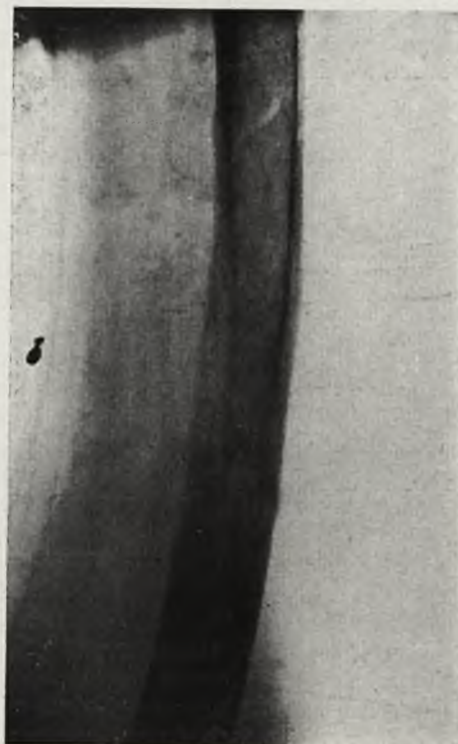
rekcyjnego, stosując wyciąg klamrą w płaszczyźnie prostopadłej do osi długiej odłamu, jak to widzimy na rys. 5. Odpowiednio dawkując obciążenie, odłam udało się ściągnąć do ustawienia anatomicznego. Po 7-miu tygodniach zrost jak na rys. 2.





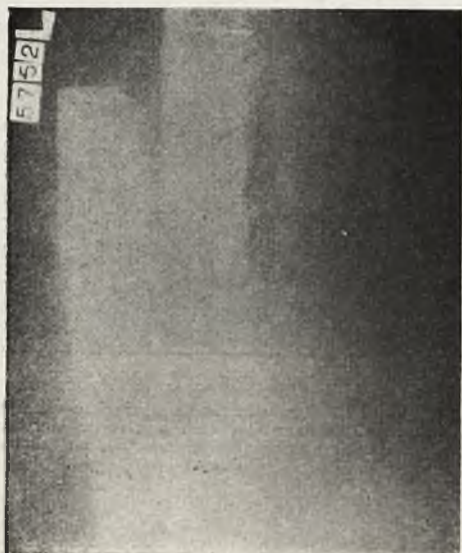
Rys. 1 a, b.





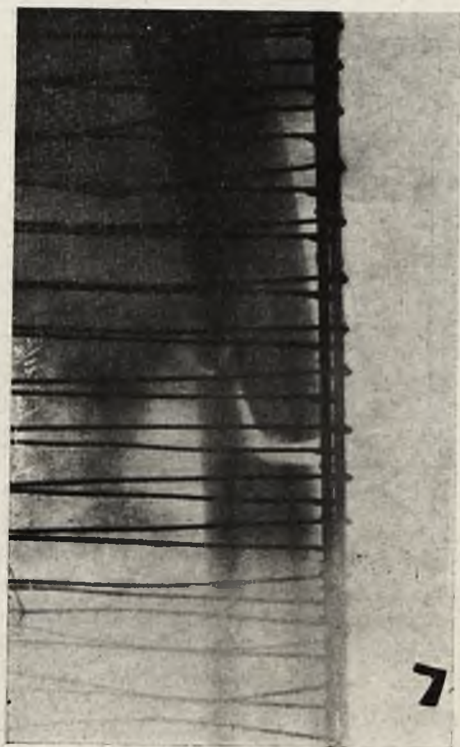
Rys. 2 a, b.

Przypadek II. Chora F. J., lat 43, spadła z wału ziemnego. Złamanie poprzeczne uda lewego jak na rycinie 3. W przebiegu typowego leczenia na pionowej szynie natrafiono na trudności w uzyskaniu nastawienia wobec bardzo znacznej grubości tkanek miękkich uda i niemożności bezpośredniego zadziałania na odłam obwodowy. Po zastosowaniu dwu wyciągów drutem, z których jeden działał typowo w osi długiej uda, zaś drugi w płaszczyźnie do niej prostopadłej, zwalczono tendencję do ustawiania się odłamów pod kątem rozwartym ku tyłowi (rys. 6). Teraz dopiero udało się uzyskać ręcznie nastawienie anatomiczne (rys. 4).



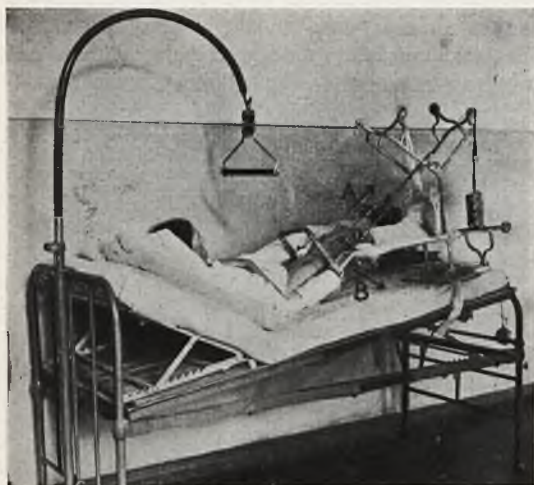


Rys. 3 a, b.





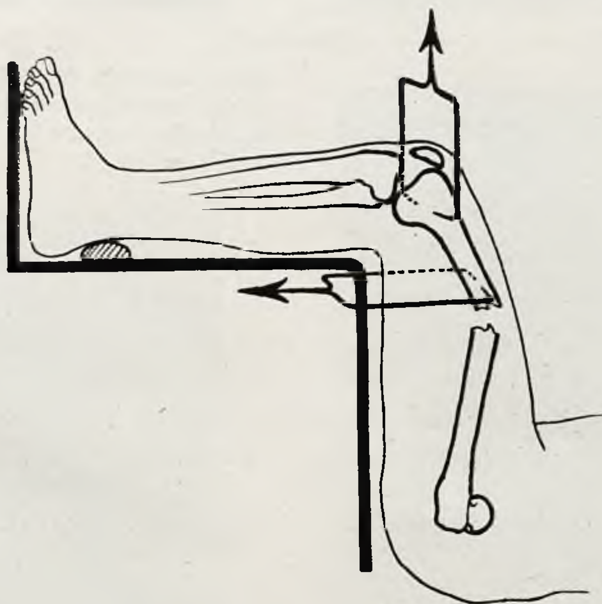
Rys. 4 a, b.



Rys. 5. Przyp. I. Kończyna ułożona na szynie Brauna. Wyciąg osiowy przeniesiony na guzowatość piszczela (klamra A), zaś poprzedniego wyciągu (klamrą B) użyto do zwalczania kątowego ustawienia odłama obwodowego.



Rys. 6. Przyp. II. Poza właściwym wyciągiem osiowym drutem (klamrą A) działa taki sam wyciąg w kierunku prostopadłym do osi długiej uda (klamra B), na odłam obwodowy.



Rys. 7. przedstawia w schematycznym ujęciu mechanizm działania obu wyciągów w przedstawionych przypadkach.

Z J A Z D Y

S P R A W O Z D A N I E.

Z 62 ZJAZDU CHIRURGÓW NIEMIECKICH (BERLIN 21 — 24 KWIETNIA 1938).

Tegoroczny Zjazd Chirurgów Niemieckich odbyty w Berlinie w dniach 21 — 24 kwietnia 1938, obradował nad czterema głównymi tematami:

1) Na jakiej podstawie rozpoznaje się dziedziczenie wrodzonych zaburzeń rozwojowych.

2) Martwica trzustki.

3) Wypadki komunikacyjne.

4) Leczenie operacyjne gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli.

Zainteresowanie tematami zwłaszcza pierwszym i trzecim ściśle związanymi z narodowo-socjalistyczną strukturą Rzeszy Niemieckiej sprawiło, że liczba uczestników przekroczyła z górą 1000; zwłaszcza, że w drugim dniu Zjazdu poświęconym wypadkom komunikacyjnym Zjazd Chirurgów Niemieckich obradował wspólnie z Towarzystwem Ortopedów Niemieckich, Niemieckim Towarzystwem Medycyny Wypadkowej i Zapobiegawczej, oraz przedstawicielami Policji, Zakładów i Towarzystw Ubezpieczeniowych.

Zjazd doroczny otworzył przewodniczący *Prof. Dr. Guleke* (Jena) witając gości i uczestników szczególnie zaś serdecznie chirurgów austriackich pierwszy raz biorących udział w Zjeździe jako obywateli Rzeszy. Czcząc pamięć zmarłych w ciągu ostatniego roku członków Towarzystwa wspomniał *Guleke* w gorących słowach o zasługach i pracach śp. *Prof. Dr. Bronisława Kadera.*

Po przemówieniach powitalnych radcy ministerialnego *Cropp'a* imieniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Wychowania i *Dr. Grotego* imieniem Naczelnej Organizacji Lekarskiej Niemiec, zebrani wybrali następujących chirurgów zagranicznych członkami korespondentami Towarzystwa Chirurgów Niemieckich:

Prof. Alessandri (Rzym).
Prof. Gerulanos M. (Ateny.
Dr. Makkas (Ateny).
Prof. Henschen C. (Bazylea).
Prof. E. Ruppaner (Samaden).
Prof. Einar Key (Sztokholm).
Prof. Petrén G. (Lund).
Dr. J. Schoemaker (Haga).
Dr. F. Schewket (Konstantynopol).
Prof. Hayashi Miyake (Japonia).
Prof. A. Stanischeff (Sofia).

Prof. Sauerbruch został wybrany honorowym członkiem Towarzystwa.

I. D Z I E Ń Z J A Z D U.

I. TEMAT PROGRAMOWY.

Na jakiej podstawie rozpoznaje się dziedziczny charakter wad rozwojowych?

Referat główny na ten temat wygłosił *v. Verschuer.* Wprowadziwszy najpierw pojęcie wrodzonej wady rozwojowej i ustaliwszy fakt, że każda wrodzona wada rozwojowa musi mieć jeden lub więcej zawiązków dziedzicznych referent uzasadnia, że dla stwierdzenia czy jakaś wada rozwojowa jest dziedziczna musi być przeprowadzony dowód na dziedziczność tej wady, który bardzo rzadko wynika z samego klinicznego rozpoznania wady rozwojowej. Dla przeprowadzenia tego dowodu musi być przebadana rodzina dotkniętego wadą, przy czym zaznaczyć należy, że w tej rodzinie mogą być inne, czasem bardzo nieznaczne wady rozwojowe. Bezpośredni dowód charakteru dziedzicznego wady uzyskać można tylko przez badanie bliźniąt jedno - jajowych i przez doświadczenia na zwierzętach. W niektórych przypadkach dla dowodu dziedziczności wady nie wystarcza doświadczenie kliniczne, ale trzeba się posługiwać metodyką badań genetycznych.

Jako p e w n e d z i e d z i c z n e s c h o r z e n i a uważa referent: łamliwość kości z niebieskimi twardówkami, wielokrotne narośla kostne i chrzęstne; bieg dziedziczenia tych spraw jest dominujący; u męskich osobników ma ta cecha wielką penetrację, słabiej zaś występuje u kobiet.

Do spraw d z i e d z i c z n i e n i e d o s t a t e c z n i e j e s z c z e w y j a ś n i o n y c h należą: wzrost karli, wzrost olbrzymi, wielokrotne enchodromata, wielokrotne wrodzone zesztywnienia stawów, — akrocephalosyndaktylia i ogólne postępujące skostnienie mięśni. Amelia i fokome-

lia, mimo, że są to wady rozwojowe spowodowane odsznurowaniami z błon płodowych jednak są stale spotykane w pewnych rodzinach. Nawet istnienie bruzd na kończynach nie jest dostatecznym dowodem świadczącym przeciw genetycznemu pochodzeniu tych spraw. Niedorozwój kończyn (np. krótkie falangi) może wskazywać, że istnieje zawiązek dziedziczny dla fokomelii czy amelii (fotografia rodziny brazylijskiej). Małżeństwa w pokrewieństwie mogą przy istnieniu nawet słabych zawiązków dziedzicznych dawać ciężkie wady rozwojowe.

Warga zajęcza, rozszczep podniebienia i szczęki w 20 — 30% przypadków jest sprawą dziedziczną, choć składają się na ich powstanie ogólne i miejscowe zahamowanie rozwojowe. Stopień wyrażenia się tej wady w potomstwie może być niejednakowy, czego dowodzą spostrzeżenia na bliźniętach.

Odnośnie do wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego to dziś przyjmuje się ogólnie, że zawiązki panewki są prawidłowe, a dopiero zaburzenia w kostnieniu panewki są powodem zwichnięcia. Byłaby to więc sprawa o mechaniźmie genetycznym podobnym do mechanizmu powstania wargi zajęczej, czy rozszczepu podniebienia. W rodzinach, w których spotyka się wrodzone zwichnięcie biodra częste są także płaskie panewki.

Ocena ciężkości wady rozwojowej (ponieważ tylko ciężkie wady rozwojowe wymagają sterylizacji) należy do kliniki i do biologa specjalisty spraw genetycznych.

Kreuz (Berlin): Czy wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego należy uważać za „ciężką” wadę rozwojową w myśl ustawy? Pierwotna przyczyna wrodzonego zwichnięcia biodra jest nieznana. — Autor demonstruje przypadek spłaszczenia górnego brzegu panewki, które powstało w piątym roku życia po przebytym porażeniu dziecięcym. Tego rodzaju spłaszczenia mogą wrócić do normy bez śladu, bodziec czynnościowy może wytworzyć panewkę, czego nie spotyka się nigdy w żadnej wrodzonej wadzie dziedzicznej. — Demonstracja dwóch przypadków płodów, u których zmiany w położeniu w macicy były niewątpliwym powodem zwichnięcia. Wyjątkowo tylko zdaniem K. można uważać wrodzone zwichnięcie biodra za ciężką wadę.

Übermuth (Lipsk): na podstawie 1180 przypadków wargi zajęczej i rozszczepu podniebienia dochodzi do wniosku, że dziedziczność tych spraw można wykazać tylko w 20% przypadków. Z samej oceny statystycznej (jakie dotknięci wadą zajmują stanowisko społeczne) wynika, że sprawy te nie są ciężkimi wadami rozwojowymi.

Sommer (Dortmund) omawia łamliwość kości przy niebieskich twardówkach, która jest uznana za ciężkie wrodzone zaburzenie rozwojowe, ponieważ osobniki nim dotknięte nie nadają się do ciężkiej pracy fizycznej. Jednak ludzi tych sterylizować można tylko po szczegółowym badaniu całego rodu, gdyż obserwacja kliniczna uczy (jedna rodzina badana przez cztery pokolenia), że ta łamliwość kości znika bezpowrotnie po 18-tym roku życia i ludzie ci są zdolni do ciężkiej pracy fizycznej, zrastanie się zaś złamanych kości w tej sprawie jest niesłychanie łatwe.

Maurer (Monachium) omówił na podstawie 31 przypadków obraz kliniczny i znaczenie przykurczenia w zgięciu palców jako wady rozwojowej.

W dyskusji nad pierwszym tematem zabierali głos: *Schröder* (Münster), *Rohlederer* (Berlin), *Stork* (Berlin), *Mau* (Hamburg), *Axhausen* (Berlin) i w końcu główny referat *v. Verschuer*. Wszyscy zgodnie zaznaczyli, że w stawianiu wskazań do sterylizacji w przypadkach fizycznych wad rozwojowych należy być bardzo ostrożnym. Nie rodzaj i rozległość wady rozwojowej, a jej genetyczne znaczenie decydują o sterylizacji.

Läwen (Królewiec): Operacyjne usuwanie zakrzepów żylnych ma na celu uchronienie przed ewentualnymi zatorami i zawałami płuc, zniesienie zastoju żylnego w kończynie dotkniętej sprawą zakrzepową, oraz usunięcie w tej kończynie mniej lub więcej zaznaczonego skurczu tętnicy. Zabieg ten ma szczególnie ważne społeczne znaczenie. Chorzy, którzy przebyli sprawę zakrzepową w kończynie, pozostają na całe życie kalekami, gdyż pełna sprawność fizyczna kończyn nigdy nie wraca. Po usunięciu zaś zakrzepów do kalectwa nie dochodzi.

Autor miał dalsze trzy przypadki, z których dwa zakończyły się wynikiem pomyślnym.

Kulenkampff (Zwickau) oceniając swoje przypadki, w których operacyjnie usuwał zakrzepy z żył podaje następującą technikę: operuje w znieczuleniu miejscowym najpierw podwiązuje v. saphena i wszystkie żyły wpadające do v. femoralis w okolicy fovea ovalis (ponieważ one później mogą być powodem dal-

szego tworzenia się zakrzepu). Po otwarciu żyły wchodzi do v. iliaca korncangiem możliwie najgłębiej i usuwa skrzepliny, po czym zeszywa żyłę.

W dyskusji przemawiali: *Fründ* (Osnabrück), *Biebl* (Królewiec), i *Magnus* (Monachium).

II. TEMAT PROGRAMOWY.

Martwica trzustki.

Nordmann (Berlin): Nowe poglądy na ostrą martwicę trzustki (m. t.) i jej leczenie. Problem martwicy trzustki uległ w ostatnich latach znacznym zmianom tak, że mimo iż był omawiany przed 11 laty na Zjeździe Chirurgów Niemieckich (referat *Schmieden'a)* należało go znowu rozpatrzeć. Nowe badania zmieniły już nawet samą nazwę sprawy. Nie powinno się używać nazwy (pancreatitis), „zapalenie trzustki" lecz wyłącznie „martwica".

W etiologii m. t. główną rolę grają schorzenia dróg żółciowych np. kamicę żółciową spotyka się w m. t. w 80% przypadków. Mechaniczne momenty jak zaczopowanie papilla Vateri przez kamień nie wchodzą w rachubę jako czynnik etiologiczny. Raczej czynnościowe, niż anatomiczne schorzenia dróg żółciowych mogą odgrywać w powstawaniu m. t. rolę np. zaburzenia w ciśnieniu żółci w drogach żółciowych, które referent określa jako dyskinezę dróg żółciowych. M. t. trzeba uważać jako „drugą chorobę" sprzężoną ze schorzeniami dróg żółciowych. Zaburzenia w ukrwieniu trzustki, w procesach fermentacyjnych (żółć aktywuje sok trzustkowy), oraz czynniki dzisiaj jeszcze nieznane mogą być przyczyną m .t.

Z metod rozpoznawczych nie mają dużego znaczenia, ani oznaczanie diastazy ani lipazy. Zwiększenie ilości cukru we krwi ma znaczenie prognostyczne.

Leczenie powinno być w początkowych okresach choroby i w przypadkach lekkich wyłącznie zachowawcze. Co do leczenia operacyjnego to niekiedy wystarcza samo otwarcie brzucha, przy czym nie powinno się otwierać torebki trzustki. Jeśli stan chorego na to pozwala powinno się usunąć przyczynę schorzenia m. t. tj. woreczek żółciowy.

W dyskusji v. *Bergmann* (Berlin) zajął stanowisko nieco inne. Jeśli chodzi o etiologię m. t. to kamica żółciowa nie odgrywa roli. Kamicę spotykamy niesłychanie często, a bardzo rzadko natomiast m. t.; dalej m. t. występuje u ludzi, którym już poprzednio usunięto woreczek żółciowy. Nie można więc uważać, m. t. za jakąś „drugą chorobę" w stosunku do kamicy, gdyż nie ma podobnych analogij w patologii. Jaka jest np. „pierwsza choroba" dla zapalenia nerek. — Woreczek żółciowy jest zbiornikiem żółci, który przy zaburzeniach ciśnienia w drogach żółciowych działa jak wentyl, jest on w stanie wyrównać wzmożone ciśnienie w drogach żółciowych, dlatego nie powinno się go usuwać. W leczeniu m. t., która ma formy kliniczne od najlżejszych do najcięższych, najważniejszą jest dieta głodowa.

Dalej zabierali głos w dyskusji: *Demel* (Wiedeń), *Wustmann* (Królewiec), *Bernhard* Giessen), *Puhl* (Kilonia), *Frey* (Düsseldorf), *Wildegans* (Berlin), *Haberer* (Kolonia), *Guleke* (Jena). Odnośnie do leczenia m. t. stwierdzają, że zabieg operacyjny nie ma dużego znaczenia na sam proces chorobowy i raczej wypowiadają się za leczeniem zachowawczym. Operacyjnie należy leczyć tylko następstwa m. t.: krwotoki i ropnie. Główną rolę w leczeniu zachowawczym gra dostarczenie choremu organizmowi dostatecznej ilości wody (stosowanie przez odbytnicę lub dożylnie wlewań 4,5% glukozy z insuliną). *Wustmann* poleca leczenie pankreatotropowym hormonem przedniego płata przysadki. *Haberer* uważa, że powinno się robić w przypadkach m. t. cholecystostomię a nie cholecystektomię ze względu na zaburzenia w ciśnieniu w drogach żółciowych.

Bauer (Wrocław): Dalsze doświadczenia nad substancjami rakotwórczemi. Tkanki nowotworowe źle znoszą substancje rakotwórcze (benzopyren, methylcholantren). Na tej zasadzie opierając się B. leczył 22 przypadki raków skórnych tymi substancjami. Siedmiu chorych jest zupełnie wyleczonych. Dla leczenia przerzutów trzeba używać roztworów wodnych, gdyż inne roztwory nie działają, stąd pochodzą wielkie trudności w wyszukiwaniu rozpuszczalników. — Benzopyren nie wchłania się przez przewód pokarmowy, nie można więc leczyć raka żołądka doustnie.

Henschen (Bazylea): Leczenie operacyjne pęknięcia żylaków przełyku powstałych bądź na tle wrodzonym, pozakrzepowym czy na tle marskości wątroby. H. leczył jeden przypadek żylaków przełyku podwiązaniem żył pod przeponą.

Rathcke (Giessen): Wpływ otwarcia jamy brzusznej na aparat lim-

fatycznyotrzewnej. Badania na świnkach morskich. Otwarcie jamy brzusznej bez uszkodzenia surowicówki (bez wysuszenia otrzewnej) przyspiesza wchłanianie z jamy brzusznej, działać tu ma tlen, który wchodzi w „stomata" nabłonka otrzewnej i rozszerza naczynia limfatyczne przez co one łatwiej wchłaniają. Reakcja dróg limfatycznych powoduje, że bakterie, które wnikają do otrzewnej w czasie otwarcia jamy brzusznej zostają łatwiej wchłonięte i zniszczone.

Forster (Solura): Leczenie zapalenia otrzewnej witaminą B_1 opracowane na 29 przypadkach zapalenia otrzewnej. F. podaje bezpośrednio po laparatomii przez 4 — 5 dni 3 razy dziennie po 1 cm^3 preparatu Benerva i 1 raz dziennie Benerva forte. Można podawać równocześnie i witaminę C (Redoxon). Leczenie to opiera się na następującej zasadzie: Brak witaminy B_1 w pokarmach powoduje zniesienie czynności jelit, atonię żołądka i jelit, zniesienie peristaltyki, osłabienie działania fermentów. Obraz ten jest identyczny z obrazem zapalenia otrzewnej, gdzie jady degenerując komórki i włókna nerwowe dają taki efekt jak hipowitaminoza B_1.

W końcu posiedzenia zademonstrowano dwa filmy przedstawiające zabieg operacyjny i sztuczną rękę o ruchach dowolnych. Filmy uzyskały Grand prix na zeszłorocznej wystawie światowej w Paryżu.

II. DZIEŃ ZJAZDU.

III. TEMAT PROGRAMOWY.

Wypadki komunikacyjne.

Referat główny wygłosił *Kirschner* (Heidelberg): Wypadki komunikacyjne (w. k.) i ich leczenie, opierając się na statystyce miasta Heidelberg z lat 1934 — 1936. W. k. są problemem społecznym ponieważ powodują ograniczenia zdolności zarobkowania, liczba ich corocznie narasta, straty dla społeczeństwa są coraz to większe. Dla chirurgów w. k. są doskonałym materiałem dla nauki chirurgii wojennej. W. k. dotyczą głównie wypadków automobilowych. Chory dotknięty w. k. powinien być leczony tylko w zakładzie, nie skierowanie zaś chorego do szpitala uważa K. za błąd w sztuce. Trzeba bowiem o tym pamiętać, że 83% śmiertelnych wypadków ginie w pierwszych 24 godzinach.

Omawiając część ogólną postępowania leczniczego zwraca uwagę K. na leczenie wstrząsu, który może wystąpić nawet w kilka godzin po wypadku. Leczenie: ciepłe napoje, środki zwężające naczynia krwionośne, wlewania dożylne z 5% glukozy, przy czym za najlepszy środek uważa on przetoczenie krwi.

Rany powinny być według zasad *Friedricha* okrojone, krwawienie zatamowane, środków dezynfekcyjnych nie powinno się używać. Dla unieruchomienia kończyn raczej należy używać szyn gipsowych niż innych. We wszystkich przypadkach w. k. *Kirschner* stosuje surowicę przeciwtężcową a w przypadkach ran silnie zanieczyszczonych surowicę przeciw zgorzeli gazowej. Dla zwalczenia bólu nadaje się najlepiej dożylne podawanie skopolaminy z eukodalem i efetoniną, co sprawia, że chorych bezpośrednio po zastrzyku można dokładnie przebadać. Nie stosowanie środków przeciwbólowych jest błędem w sztuce.

Część szczegółowa: urazy głowy mają śmiertelność 9%, przy czym połowa umiera w pierwszych 24 godzinach, a reszta ginie na skutek powikłań w ciągu 21 dni. Głównym powodem śmierci w tych przypadkach jest uszkodzenie mózgu. Zasady leczenia wedle K. są następujące: leczenie obrażenia tkanki mózgowej i ochrona mózgu przed zakażeniem. Obecność ran i wgniecenie kości są już wskazaniem do zabiegu. W przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego należy wykonać nakłucie lędźwiowe, a jeszcze lepiej nakłucie komór aż do prawidłowych wartości w ciśnieniu płynu. Gdy zaś stan chorego nie pozwala na nakłucie, należy podawać dożylnie hipertoniczne roztwory glukozy. Każdy chory z urazem czaszki powinien być badany przez otologa, lecz leczony tylko przez chirurga.

Urazy klatki piersiowej w w. k. mają śmiertelność 5%. Zdjęcie rentgenowskie jest najlepszym diagnostą w tych przypadkach. Liczba złamanych żeber i wielkość wylewu krwawego do jamy opłucnej są wskaźnikami dla prognozy. Najlepszym zapobieganiem wylewom krwawym do jamy opłucnej jest należyte zaopatrzenie ran. Ewentualne opróżnienie klatki piersiowej z wylanej krwi najlepiej robić za pomocą stałego ssącego drenażu (można wówczas kontrolować stale ilość wylewającej się krwi, i zapobiegać przesunięciu śródpiersia).

W urazach jamy brzusznej tylko otwarcie jamy brzusznej może postawić pewne rozpoznanie, z którym zwlekać można najwyżej 3

godziny tj. do ustąpienia objawów wstrząsu. — Śmiertelność, która w urazach jamy brzusznej wynosi 25% przy stosowaniu otwarcia jamy brzusznej spadła do połowy. Należy pamiętać, że obrażenia jamy brzusznej mogą być nie stwierdzalne z powodu współistnienia wstrząsu mózgu. W obrażeniach nerek K. radzi jak najdalej posunięte leczenie zachowawcze. Na 17 przypadków urazów nerki trzykrotnie wykonał usunięcie nerki i wszystkie trzy przypadki skończyły się śmiercią.

W leczeniu złamań kończyn, które stanowią 62% wszystkich w. k. referent zajmuje następujące stanowisko: złamania kończyny górnej należy po wykonaniu nastawienia gipsować. Gips jest lepszy niż wszelakiego rodzaju najbardziej wymyślne szyny. Złamania kończyny dolnej leczyć należy wyciągiem drutowym. Tego rodzaju postępowanie daje K. takie wyniki, że tylko w 2% wszystkich złamań zmuszony jest do nastawień krwawych. Potrzeba amputacji zachodzi zaledwie w 0,3% wszystkich złamań. W końcu K. w pięknie zebranych wykresach przedstawił społeczne znaczenie w. k. (Rzecza Niemiecka traci co rocznie 300 milionów Rm., co godzinę ginie w Niemczech 1 człowiek z powodu w. k.). W 4% w. k. pochodzi z winy maszyny. Alkoholizm gra rolę podrzędną.

Buhtz (Jena): Sądowo-lekarska ocena przebiegu z. k. jest konieczna dla stwierdzenia w jakich warunkach śmierć nastąpiła i jaki był przebieg z. k. Zbyt mało zwraca się uwagi na stan ubrania dotkniętych z. k., co może niejednokrotnie wyjaśnić sam przebieg wypadków. Obrażeni w z. k. nie mogą być pewnymi świadkami, ponieważ często w z. k. bywają dotknięci wstrząśnieniem mózgu.

Zur Verth (Hamburg): Zagadnienie amputacji w leczeniu z. k. jest ważne, gdyż ciągle spotyka się błędy w technice amputacji i leczeniu następowym, co zmusza do reamputacji (na 63 amputowanych kończyn referent w ciągu półtora roku wykonał 11 razy reamputację). Referent omawia szczegółowo wszystkie błędy w technice, leczeniu następowym, higienie kikuta i stosowaniu protez.

Hohmann (Frankfurt n. M.) przedstawił zasady pielęgnowania kikuta kończyny i sposoby używania tymczasowych i stałych protez. Kikut amputowanej kończyny powinien być należycie ukrwiony, (systematyczne stałe ruchy czynne, opaska elastyczna) oraz nie powinno się dopuścić do wadliwego ustawienia kikuta i zesztywnienia sąsiednich stawów (już w pierwszych dniach po amputacji należy kłaść płasko amputowaną kończynę i możliwie szybko zaczynać ruchy czynne). Istnieją typowe przykurczenia kikutów w poszczególnych odcinkach amputowanych kończyn, te przykurcze zmuszają do wadliwego używania protez. Leczenie tych przykurczeń to: ruchy czynne i bierne, masaże, a często operacyjne przecięcia mięśni, czy nawet kości. H. występuje stanowczo przeciw stosowaniu protez tymczasowych, które są powodem przykurczów w stawach kikuta i złego używania protez właściwych. W końcu H. podaje jak należy uczyć używania protez.

Zollinger (Zürich): Doświadczenia w orzecznictwie późnych skutków z. k. Orzecznictwo w z. k. jest szczególnie ciężkie za względu na liczne trudności, które się tu napotyka: ustalenie związku przyczynowego między z. k. a naruszeniem zdrowia, niepewne zeznania świadków z. k. Ze strony poszkodowanego zaś celowe, lub nieumyślne fałszowanie wywiadów (przebyty przy z. k. wstrząs mózgu, tryb życia i warunki pracy poszkodowanego, jego charakter i stanowisko społeczne). Ważnymi w ocenie są także: czy auto nie było stare (złe hamulce), oraz choroby zawodowe szoferów (zatrucie tlenkiem węgla).

W dyskusji przemawiali *Magnus* (Monachium), *Huber* (Wiedeń), *Böhler* (Wiedeń), *Huchzenmeyer* (Gdańsk), *Schum* (Berlin), *Jungmichel* (Greifswald), *Harms* (Jena), *Evler* (Treptów), *Niessen* (Frankfurt), *Hertel* (Münster), *Orth* (Homburg) i w końcu główny referent *Kirschner*. Z dyskusji tej wynika, że ilość w .k. w stosunku do ilości aut raczej maleje. W stosunku do ilości chorych lecznych w szpitalach, ilość w. k. jest ta sama. W poszczególnych w. k. zwykle jest równocześnie kilka przyczyn: wada w motorze, szybka jazda, złe oświetlenie ulicy, a nadewszystko wadliwa organizacja ruchu ulicznego.

Wynik badania alkoholu we krwi świadczy tylko o użyciu alkoholu, ale z ilości alkoholu we krwi nie można wysnuwać wniosków o stopniu upicia się; niemniej te badania powinny być robione zwłaszcza przez policję.

Faber (Lipsk): Wygięcie kręgosłupa młodocianych a w. k.

V. Seemen (Monachium): Działalność stacji wypadkowej kliniki monachijskiej w latach 1926 — 1936.

Strupler (Monachium): Złamanie podudzia u narciarzy powstaje głównie

w czasie wykonywania zwrotu. Doznają tych złamań zwykle dobrzy narciarze ,nigdy zaś początkujący. Jakość, rodzaj wiązania nart odgrywają w tych złamaniach rolę. S. na podstawie 77 przypadków omawia mechanizm powstawania tych złamań, ich leczenie i wyniki lecznicze.

Stör (Heidelberg): Nieuznawanie urazowego pochodzenia przepuklin przeponowych przez prywatne zakłady ubezpieczeniowe. W przypadkach niewątpliwych pochodzi stąd, że w urazowym pęknięciu przepony z wypadnięciem do jamy opłucnej jelit używa się niesłusznie nazwy przepuklina a nie pęknięcie przepony, mimo iż brak worka przepuklinowego. Zakłady ubezpieczeń i sądy wiedzą z orzecznictwa, że przepukliny wogóle bardzo rzadko powstają na tle urazu i odnoszą to także do przypadków pęknięcia przepony zwłaszcza jeśli znawcy niesłusznie używają nazwy przepuklina.

Thomson (Frankfurt n. M.) omówił szczegółowo zaburzenia w statyce i mechanice całego narządu ruchowego wywołane przez zesztywniałe stawy kończyn dolnych. Zesztywnienia stawów są częstsze, gdyż zabiegi wytwórcze na stawach wykonuje się zbyt rzadko, częściej natomiast usztywnienia stawów. Usztywnione stawy kończyny dolnej wpływają na czynność kręgosłupa i wywołują w nim trwałe zmiany (skrzywienia). W przypadkach zesztywnienia stawów kończyny dolnej najpierw muszą być dokładnie rozpoznane zaburzenia jakie to zesztywnienie wywołuje i sposób chodzenia chorego (chodzenie poczernionymi stopami na papierze). W końcu T. podaje przykłady jak nieznacznymi tylko środkami można przy zesztywniałych stawach kończyn dolnych poprawić warunki chodzenia i czynność całego narządu ruchu.

Gebhardt (Hohenlychen): Operacyjne leczenie następstw porażenia dziecięcego. Będąc zdecydowanym przeciwnikiem wczesnego stosowania wszelkich aparatów ortopedycznych do odciążenia porażonych kończyn ponieważ niszczą one zupełnie zdrowy aparat mięśniowy zwłaszcza u młodych osobników G. stosuje jak najszerzej operacje wytwórcze ścięgien przy pomocy jedwabiu, po czym zwykle wystarczają tylko minimalne poprawki aparatami ortopedycznymi (wkłady, buty ortopedyczne).

Schulze (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze przy pomocy jedwabiu w przypadkach uszkodzeń stawu barkowego (zwichnęcie nawykowe i porażenia splotów nerwowych).

Groch (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze przy pomocy jedwabiu w ciężkich postaciach stawu cepowego kolana.

Bayer (Hohenlychen): Zabiegi wytwórcze w przypadkach źle zgojonych złamań rzepki.

Heiss (Berlin): Ambulatoryjne leczenie urazów sportowych wstrzykiwaniem cukru gronowego z nowokainą. Na podstawie 500 przypadków urazów sportowychi 200 przypadków mięśniobólów lędźwiowych (lumbago) H. podał wyniki leczenia tych spraw wstrzykiwaniami 10% roztworu cukru gronowego z dodatkiem ⅓ części 3% novokainy. Najlepsze wyniki daje to leczenie w przypadkach mięśniobólów lędźwiowych i obrażeń mięśniowych. W obrażeniach nerwów i okostnej wyniki są gorsze (podrażnienie okostnej). W obrażeniach ścięgien wystarcza ½ do 1 cm^3 płynu oraz na 8 dni unieruchomienie kończyny. Ta metoda lecznicza ma doniosłe znaczenie u sportowców zwłaszcza w okresie treningu ponieważ szybko usuwa dolegliwości i nie zmusza do przerywania treningu po urazie.

Böhler (Wiedeń) pokazał film obrazujący jego metodę leczenia złamań kręgosłupa z porażeniami oraz zademonstrował chorych przypominając, że przed 6-ciu laty na Zjeździe Chirurgów Niemieckich miał w dyskusji 6-ciu przeciwników swej metody, która dziś już stała się prawie powszechną.

Wystąpienie Böhlera spowodowało żywą dyskusję, w której wystąpili *Magnus* (Monachium), *Wachs* (Drezno), *Koch* (Buer), *v. Redwitz* (Bonn), twierdząc, że metoda Böhlera nie jest ani gorszą ani lepszą od innych metod; w niektórych przypadkach zawodzi podobnie jak inne metody. Odpowiadał *Böhler*.

Catterina (Genua) demonstrował skonstruowane przez siebie gumowe koszulki służące do umocowania ruchomej nerki do dwunastego żebra.

Bur (Schlettstadt) pokazał barwny film zabiegu operacyjnego wykonany metodą Francita.

III. DZIEŃ ZJAZDU.

IV. TEMAT PROGRAMOWY.

Leczenie operacyjne gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli.

Referat główny wygłosił *Sauerbruch* (Berlin). Odnośnie do chirurgicznego leczenia rostrzeni oskrzeli (r. o.) to nie wchodzą w rachubę r. o. na tle kiły, gruźlicy i rozedmy płuc a tylko rozstrzenie pochodzenia wrodzonego o czym dotychczas nie wiedziano. O pochodzeniu wrodzonym r. o. świadczy: występowanie r. o. u osobników młodych, prawie stałe ich umiejscowienie (dolny lewy płat), brak jakichkolwiek zrostów i niedodmy ze strony płuc, i wreszcie fakt, że rozstrzenie te leżą w zupełnie niezmienionej tkance płucnej.

Rozstrzenie te tylko wówczas nadają się do zabiegu operacyjnego, gdy nie opróżniają się z wydzieliny przy kaszlu. Rozstrzenie wrodzone należy leczyć wycięciem płata płuca. S. wykonywał zawsze wycięcie płata płuc dwuczasowo tj. najpierw zakładał plombę na 2 — 3 tygodnie dla wytworzenia zrostów a następowo usuwał płat. Anglicy stosując stały drenaż ssący dla rozprężenia płuca wykonują wycięcie płata płucnego jednoczasowo, co obecnie S. przyjął jako metodę, ale tylko dla przypadków wybranych (dobry stan chorego).

Gruźlica jest przede wszystkim chorobą konstytucjonalną i dlatego nie można w jej leczeniu stosować szablonowo żadnych metod leczniczych, a nawet torakoplastyki. S. podał historyczny rozwój chirurgicznych metod leczniczych gruźlicy płuc od początku ich powstania aż do wprowadzenia przykręgowego wycięcia żeber I — XII. Obecnie zaczyna się coraz częściej stosować częściowe plastyki, których podstawą jest jednak przykręgowa pełna torakoplastyka. W leczeniu jam gruźliczych trzeba ściśle odróżnić jamy wczesne, od jam starych o ścianach twardych. Małe wczesne jamy mogą się goić samoistnie (mimo to pros chorobowy może dalej postępować) i dlatego jest rzeczą błędną stosować dla leczenia jam wczesnych wszelkie formy torakoplastyki.

Z innych chirurgicznych metod leczniczych gruźlicy płuc zewnątrzopłucnowa odma w dzisiejszej postaci nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc, gdyż zbyt wiele daje powikłań. Plomba parafinowa nadaje się tylko jako uzupełnienie niedostatecznego zwężenia klatki piersiowej. Przeciwskazaniem dla jej stosowania są jamy płucne usadowione zbyt blisko powierzchni płuca. Dalszy postęp w leczeniu plombami zależał będzie od wynalezienia idealnego materiału na plomby. Stosowanie wyrwania nerwu przeponowego ma już dziś ściśle określone wskazania.

Przykręgowe wycięcie żeber jest podstawą stosowanych dziś częściowych torakoplastyk. Częściowa górna torakoplastyka dawać może wyniki tylko wówczas, gdy obejmuje VII — VIII żebro.

Rehn (Fryburg w Br.): O stosowaniu plomby polyviolowej i jej zaletach.

Stegemann (Dortmund): 11-letnie doświadczenie w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc obejmujące 500 torakoplastyk. W stosowaniu torakoplastyk najważniejszymi są wskazania; od nich zależy procent śmiertelności pooperacyjnej i wyniki lecznicze. S. omawia swoją metodę uwalniania szcztów płuc z jednoczesnym zabiegiem wytwórczym przy pomocy mięśnia piersiowego, nadającą się do pewnych przypadków.

Stehr (Berlin): Zdjęcia ruchowe (kimografia) płuc jako metoda dla wskazań do chirurgicznego leczenia chorób płucnych. Wyniki lecznicze zależą od unieruchomienia ogniw chorobowych i zapadnięcia się jam płucnych. — Demonstrując zdjęcia ruchowe (kimograficzne) S. omówił wskazania i przeciwwskazania do odmy, wyrwania nerwu przeponowego, plomby i torakoplastyki oraz wyniki.

W dyskusji zabierali głos: *Schmidt* (Heidelberg), *Wohlfahrt* (Grabowsee), *Alexander* (Agra), *Fick* (Berlin), *Brunner* (St. Gallen). *Graf* (Coswig) *i Usadel* (Tübingen).

Killian (Fryburg): O odmie śródpiersiowej.

Lezius (Heidelberg): Zamykanie przetok oskrzelowych plastyką mięśniową metodą podaną przez *Niessena.* Zamknięcie się spontaniczne przetok oskrzelowych po zabiegach na płucach z powodu ropni czy rozstrzeni oskrzeli jest możliwe tylko w ciągu pół roku po zabiegu operacyjnym, później przetoki oskrzelowe nie goją się i pozostają na stałe. L. w 12-tu przypadkach przetok oskrzelowych zastosował zamknięcie ich uszypułowanym płatem mięśniowym z wynikiem zupełnie pomyślnym. W samej technice zabiegu bardzo ważnymi są: usunięcie żeber około przetoki oskrzelowej i ich re-

generatów na przestrzeni bardzo szerokiej dla zmniejszenia napięcia blizny płucnej, oraz wielkość i dobre odżywienie płata mięśniowego.

Irsigler (Hannover): Niedodma płuc występująca w częściach bliskich przepony po zabiegach operacyjnych w górnym odcinku jamy brzusznej ma swój charakterystyczny obraz kliniczny i radiologiczny, Sprawa cofa się bez śladu i często bywa mylnie rozpoznawana jako zapalenie płuc.

O'Shaugnessy (Londyn): Zademonstrował filmem wykonaną po raz pierwszy w r. 1936 kardioomentopeksję (przyszycie sieci do serca) stosowaną w przypadkach niedokrwienia mięśnia sercowego (miażdżyca, lub zakrzep tętnicy wieńcowej serca). Cięciem w 5-tym międzyżebrzu otwiera się klatkę piersiową i osierdzie. Po zmiażdżeniu leżącego w osierdziu ściennym nerwu przeponowego nacina się porażoną przeponę i przez otwór w niej wciąga się do jamy osierdziowej sieć, którą przyszywa się do mięśnia sercowego. W przypadkach gdy mięsień sercowy jest kruchy przykleja się sieć do serca przy pomocy pasty aleuronatowej. Wykonano już 20 takich zabiegów. Z pierwszej grupy 10-ciu przypadków jeden zmarł zaraz po zabiegu operacyjnym (pęknięcie serca); pięciu zaś w czasie od 6-ciu tygodni do 9-ciu miesięcy. Z drugiej dziesiątki zmarło trzech (2 w ciągu tygodnia po zabiegu a 1 w miesiąc). U reszty chorych stwierdzono wybitną poprawę, chorzy którzy należeli do chorych wyłącznie leżących, obecnie chodzą i wykonują swój zawód. Autor zastrzega się, że dziś jeszcze nie można z tych wyników wyciągnąć żadnych wniosków.

Krauss (Berlin): Wskazania i leczenie lejkowatej klatki piersiowej. Lejkowata klatka piersiowa powoduje przemieszczenie i ucisk serca i stąd pochodzące objawy jak duszność, sinica, przyspieszenie tętna. Zabieg operacyjny ma za cel uwolnić serce uciśnięte. Wykonuje się więc częściowo jedno lub dwustronne wycięcie mostka. Demonstracja przypadków i wyniki.

Adler (Berlin): Czynność grasicy w myasthenii i chorobie Basedowa. Myastenia jest spowodowana nadmierną czynnością grasicy. A. leczył 3 przypadki, w jednym udało mu się usunąć grasicę, w dwóch zaś uzyskał poprawę przez naświetlania grasicy promieniami Rentgena.

W chorobie Basedowa spotyka się mniej lub więcej zaznaczone objawy myastenii. Jest rzeczą możliwą, że groźne powikłania pooperacyjne w chorobie Basedowa są skutkiem istnienia nadmiernie wydzielającej grasicy. Grasicę winno się w chorobie Basedowa także usuwać. W przypadkach, w których na klinice *Sauerbrucha* usunięto grasicę w chorobie Basedowa żadnych powikłań pooperacyjnych nie było.

W końcu A. podaje, że udało mu się na psie wywołać wytrzeszcz oczu przez podawanie adrenaliny z grasicą.

Winkelbauer (Wiedeń): Całkowite wycięcie taczycy jako metodę leczniczą w schorzeniach narządu krążenia wykonał W. 12 razy i to w 5 przypadkach wad serca z niedomogą, w 4 przypadkach zapalenia mięśnia sercowego z niedomogą, w 2 przypadkach paralysis agitans i w 1 przypadku zarastającego zapalenia tętnic. W 3 przypadkach pozostawił W. tylko nieznaczne resztki tarczycy, w 9 zaś usunął tarczycę całkowicie, mając bardzo rzadko i to w łagodnej postaci tężyczkę. Ogólna śmiertelność wynosi 8%. Wyniki są bardzo dobre: ustąpienie sinicy, duszności i bezsenności, wraca zdolność reagowania mięśnia sercowego na leczenie internistyczne. Chorzy, którzy nie wstawali z łóżka wracają do swych normalnych zajęć. Wpływ całkowitego wycięcia tarczycy na gospodarkę wodną ustroju (puchlina brzuszna, obrzęki) bywa zwykle nieznaczny.

W dyskusji v. *Schürer* (Wiedeń) podał wyniki kliniki *Denka* z 21 przypadków całkowitego usunięcia tarczycy, które były zupełnie zgodne z wynikami *Winkelbauera*.

De Martel (Paryż): pokazał film barwny, przedstawiający technikę wykonywania ventriculografii i zabieg operacyjny w przypadku guza mózgu.

Tönnis (Berlin): O genezie wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego w przypadkach guzów mózgu.

Hanke (Fryburg w. Br.): Zwężenie wodociągu Sylwiusza może być wynikiem nie tylko guzów mózgu, ale także może powstać na tle urazu, zaburzeń rozwojowych i przewlekłych spraw zapalnych. Na podstawie 28 przypadków z kliniki *Olivecrony* H. omówił obraz kliniczny, diagnostykę (najważniejszym w diagnostyce jest wynik ventriculografii: hydrocephalus internus komór bocznych i III komory), oraz leczenie operacyjne.

Fischer (Münster): Arteriografia tętnic mózgowych jest metodą pozwalającą na dokładne rozpoznanie spraw zwężają-

cych pojemność jamy czaszkowej: F. demonstruje szereg zdjęć.

W dyskusji *Mackh* (Hamburg) zaznaczał, że arteriografia pozwala na rozpoznawanie guzów leżących tylko w przedniej i środkowej jamie czaszkowej (zakres unaczynienia a. carotis interna).

Wanke (Kilonia): Rozpoznawanie obrażeń mózgu przy pomocy badania ciepłoty symetrycznych odcinków ciała przeprowadzone na 125 przypadków. Są dwie formy zachowania się ciepłoty symetrycznych odcinków ciała. Jeden typ to symetryczne podniesienie, lub obniżenie temperatury, drugi zaś to nieregularne zmiany w zakresie temperatury skóry niezależne od odcinków ciała. Te zmiany w temperaturze są wynikiem centralnych zaburzeń naczynioruchowych. Zmiany naczynioruchowe po urazach mózgu mogą prowadzić do „neurotycznych" krwotoków płucnych, zapaleń płuc, do zaburzeń w krążeniu trzustki (po urazowych wzmożeniu ilości cukru we krwi). Obrażenie mózgu może spodować naczynioruchowy wstrząs centralnego pochodzenia.

W dyskusji zabrał głos *Tönnis.*

Schönbauer (Wiedeń): Liczbę powikłań po ventriculografii można zmniejszyć do minimum stosując należytą technikę. Chory powienien być przygotowany do ventriculografii jak do zabiegu operacyjnego, krwawienie przy zabiegu musi być dokładnie opanowane a wreszcie wprowadzone do komór powietrze, działające jak ciało obce, powinno być usunięte przez następowe wypłukanie komór wprowadzeniem do nich fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub płynu Ringera. Jednego, a na szczęście rzadko występującego powikłania tj. ependymitis haemorrhagica nie da się uniknąć. Sch. miał na 200 ventriculografii tylko jeden przypadek.

Zeller (Berlin) w dyskusji radzi używać przy ventriculografii narcylenu zamiast powietrza; narcylen jest 33 razy łatwiej rozpuszczalny w wodzie niż tlen i dlatego szybciej się wchłania.

Zenker i Hardt (Heidelberg): Niebezpieczeństwa leczenia odwadniającego w obrażeniach mózgu. Po urazach czaszki nie zawsze spotyka się wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego. Niekiedy stwierdzić można obniżenie ciśnienia. Z. w tych przypadkach radzi wlewania dożylne 5% roztworu cukru gronowego.

Woytek (Berlin) przedstawił 1 przypadek pourazowego nagromadzenia powietrza w jamie czaszkowej *(pneumocephalus externus traumaticus)* będącego rzadkim, a ważnym powikłaniem po urazach czaszki.

W dyskusji przemawiał *Gross* (Stuttgart).

IV. DZIEŃ ZJAZDU.

Pichler (Wiedeń): Operacyjne leczenie rozszczepu podniebienia i szczęki sposobem Veau. P. na podstawie 179 operowanych przypadków omówił trudności operacyjne i wyniki.

W dyskusji zabierali głos *Usadel* (Tübingen), *Kirschner* (Heidelberg).

Deckner (Berlin): Cytologia nowotworów złośliwych.

Hintze (Berlin): Rodzaj nowotworu złośliwego, a trwałe wyniki lecznicze. W leczeniu operacyjnym nowotworów złośliwych trwałe wyniki lecznicze niewiele zależą od mikroskopowej budowy nowotworów, natomiast w leczeniu nowotworów energią promienistą budowa histologiczna ma decydujące znaczenie. H. na podstawie 1200 przypadków raków skóry, sutka i żołądka leczonych operacyjnie i energią promienistą oraz sposobami kombinowanymi omówił zależność występowania tych nowotworów i wyniki lecznicze w zależności od wieku chorych natury drobnowidowej nowotworu i umiejscowienia.

W dyskusji nad tym ciekawym zagadnieniem dorzucili swoje spostrzeżenia: *Finsterer* (Wiedeń), *Anschütz* (Kilonia) *i Guleke* (Jena).

Bromeis (Tübingen): Wpływ karmienia na rozwój raka sutka. Okres karmienia jest hormonalnie antagonistyczny w stosunku do okresu hormonalnego ciąży. W okresie karmienia powstałe raki sutka mają przebieg łagodny, a samo karmienie ma wpływ hamujący na rozwój raka sutka. Stwierdzone to zostało na materiale klinicznym i na spontanicznie występujących nowotworach sutka u myszy.

Most (Wrocław). Glandula paramammaria i jej znaczenie dla rozpoznawania raka sutka. M. podaje 3 przypadki, w których powiększenie i mikroskopowe stwierdzenie raka w glandula paramammaria było pierwszym i jedynym objawem raka sutka. Zabieg operacyjny dopiero pozwolił

na znalezienie ogniska pierwotnego w usuniętym sutku.

W dyskusji przemawiał *Doerfler* (Weisenburg).

Bernhardt (Giessen): Różne metody badania krwi u chorych z nowotworami i ich znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne dla przebiegu nowotworów. U 1000 chorych operowanych z powodu raka przeprowadzono próby *Fuchs'a, Wildschmidt - Leitz'a, Lehmann'a, Farius'a, Freund - Kaminerówny* i to tak przed zabiegiem, jak też badano zachowanie się tych reakcyj przez okres jednego roku po zabiegu operacyjnym. Badania dały następujące wyniki: żadna z tych prób w wypadkach istnienia niewątpliwego nowotworu złośliwego nie zawsze wypada dodatnio (próba *Fuchs'a* w 89%). Niekiedy wypadają wyniki dodatnie u osobników zdrowych lub cierpiących na schorzenia nienowotworowe (zwłaszcza schorzenia wątroby i dróg żółciowych lub tzw. stany przedrakowe np. mastitis chronica). Wynik ujemny tych prób u chorych wyleczonych z nowotworów złośliwych świadczy niewątpliwie o wyleczeniu jeśli utrzymuje się stale. Jeśli zaś po leczeniu próby te wypadają dodatnio, to później u chorych tych niewątpliwie przychodzi do nawrotów względnie przerzutów nowotworów.

W dyskusji przemawiał *Schneider* (Fryburg).

Griessmann (Giessen): Zmniejszenie ilości kwasu askorbinowego w moczu jako wskaźnik do stosowania witaminy C w schorzeniach chirurgicznych. Dla dokładniejszego oznaczenia kwasu askorbinowego w moczu konieczne jest oznaczenie obciążenia organizmu witaminą C i oznaczanie ilości wydzielanej witaminy C. U zdrowego przy dziennym obciążeniu 3000 mg kwasu askorbinowego występuje w ciągu 3 — 5 dni wydzielenie 50% dostarczonej witaminy. Wydzielanie mniejsze niż normalnie po obciążeniu stwierdził G. w złamaniach kości u osób starych w nowotworach złośliwych. G. poleca za *Volkmannem podawać 3* — 500 mg. redoxonu dożylnie przed głębokimi narkozami. Chorzy tak przygotowani znoszą gładko nawet bardzo ciężkie zabiegi po uśpieniu budzą się szybko bez wymiotów.

W dyskusji *Makowsky* (Tübingen) zaznaczył, że duże zapotrzebowanie witaminy C stwierdza się u chorych na przerost gruczołu krokowego i u młodych osobników z nowotworami złośliwymi. Jako lepszą metodę dla oznaczania zużycia witaminy C uważa oznaczanie witaminy C we krwi metodą *Schrödera.*

Lauber (Marburg): Witaminy a przemiana węglowodanów w uśpieniu eterowym. W czasie uśpienia eterowego zmniejsza się wybitnie ilość glykogenu w wątrobie. U zwierząt którym przez kilka dni przed uśpieniem eterowym podawano witaminę B_1 zmniejszenie ilości glikogenu w wątrobie było nieznaczne.

V. Brandis (Fryburg w. Br.): Znaczenie badania czynności wątroby dla wskazań do zabiegu operacyjnego.

Klages (Halle n. S.): Czynność odtruwająca wątroby w ostrych schorzeniach jamy brzusznej.

Örth (Homburg): O stosowaniu przetoki żółciowej w przypadkach raka nie nadającego się do zabiegu.

Stanischeff (Sofia) przedstawił przypadek obustronnego zesztywnienia stawów biodrowych, kolanowych i skokowych na tle gośćca. W przyp. tym S. uruchomił stawy biodrowe metodą własną, przezkrętarzową osteotomią k. udowej.

Usadel i Wahl (Tübingen): Rola mięśni prostych brzucha w przypadkach cięć operacyjnych w linii białej. Mięśnie proste brzucha nie tylko znacznie osłabiają działanie mięśni brzusznych, działających w kierunku bocznym ale mogą to działanie zupełnie znosić. Chronią więc one ranę operacyjną wykonaną w linii białej w górnej połowie brzucha przed rozciąganiem. Nie powinno się więc przy wykonywaniu cięć w linii białej otwierać torebek mięśni prostych, szwy nie powinny przechodzić ani przez same mięśnie ani przez ich torebki. Po zabiegu zaś, w których otwarto górną połowę jamy brzusznej cięciem środkowym powinni chorzy od pierwszego dnia po zabiegu ćwiczyć mięśnie proste.

Wagner (Halle n. S.): Wyniki zabiegów operacyjnych stosowanych w zupełnym zamknięciu dróg żółciowych. Na 36 przypadków (26 zespoleń pęcherzykowo - żołądkowych i 8 zespoleń pęcherzykowo-dwunastniczych) 5 chorych zmarło w pierwszych 6-ciu dniach po zabiegu, 21 chorych żyło 5 tygodni do 5-ciu lat po zabiegu nie

tylko bez dolegliwości ale w pełnej zdolności do pracy.

W dyskusji przemawiali *Finsterer* (Wiedeń), *Anschütz* (Kilonia), *Völker* (Halle n. S.), *Goetze* (Erlangen).

Goepel (Erlangen): Jaki wpływ na czynność narządów miednicy wywiera wycięcie prostnicy z powodu raka. Wyniki oparł G. na chorych żyjących 7 — 30 lat po wycięciu prostnicy. Zachowanie zwieracza u tych chorych sprawiło, że 4 chorych z 10-ciu ma zupełną zdolność zatrzymywania stolca, reszta jest w stanie uchronić się przed bezwiednym oddawaniem stolca dzięki temu, że odczuwa potrzebę oddania stolca. U wszystkich chorych libido, erekcje i ejakulacje są zachowane. Porażeń zwieracza pęcherza nie stwierdza się.

Goetze (Erlangen) podał nową metodę usuwania kamieni moczowych z moczowodu *(Ureterolithotomia parasacralis)* opracowaną na 9-ciu przypadkach.

Franke (Achern): Leczenie wypadania kiszki stolcowej.

Wohlleben (Hamburg): O wycinaniu nożem elektrycznym gruczołu krokowego.

Rieder (Lipsk): Czy istnieje endangitis obliterans pochodzenia urazowego. Jednorazowy uraz nie prowadzi do endangitis obliterans. R. stwierdził to na podstawie 220 przypadków urazu podudzia i stopy badanych 3 — 31 lat po urazie. U 250 robotników pracujących aparatami poruszanymi sprężonym powietrzem R. nie stwierdził także nawet śladu endangitis obliterans.

Neumann (Berlin) przedstawił tzw. histotom tj. przyrząd do pobierania wycinków próbnych z narządów głęboko położonych.

Puhl (Kilonia): O pochodzeniu mesenchymalnym pierwotnych nowotworów kości.

Hellner (Münster): Guzy olbrzymiokomórkowe a mięsaki kości.

Kintscher (Kilonia): Schorzenia kości stawów powstałe na tle mechanicznym.

Haase (Berlin): Zmiany w przeszczepie kostnym powstałe pod wpływem czynników mechanicznych.

Biebl (Magdeburg): Leczenie stawów rzekomych t.zw. „giętkim" przeszczepem kostnym.

Haberland (Kolonia): Przeszczepienie kości w gruźlicy kości.

Na temat stosowania gwoździa w leczeniu złamań szyjki kości udowej mieli dwa referaty *Hoffheinz* (Królewiec) i *Fick* (Berlin). W dyskusji zaś zabierali głos *Fründ* (Osnabrück) i *Böhler* (Wiedeń).

Meltzer (Saarbrücken): Czy brak objawu szufladowego dowodzi całości wiązadeł krzyżowych w kolanie. Na podstawie 3 przypadków operowanych stawów kolanowych M. mógł stwierdzić, że przerwanie przedniego wiązadła krzyżowego kolana nie daje objawu szufladowego. W przypadkach tych były tylko następujące objawy: często powtarzające się wysięki stawowe, niepewny chód i bolesność uciskowa w górnym brzegu rzepki.

Denecke (Erlangen) przedstawił przypadek gdzie w półtora roku po sterylizacji u mężczyzny wróciła drożność nasieniowodu po częściowym wycięciu. Mężczyzna ten mimo sterylizacji został ojcem i miał w ejakulacie plemniki. Przy powtórnym zabiegu stwierdzono regenerację zupełną nasieniowodu mimo, że uprzednio wycięto półtora cm. nasieniowodu. D. poleca wycinać przy sterylizacji 6 — 8 cm nasieniowodu.

Rüd (Erlangen) demonstrował 3 przypadki zabiegu wytwórczego pęcherza moczowego z jelita cienkiego. 1 chory zmarł, 1 dał wynik ujemny a 1 dodatni.

J. Kowalczyk (Kraków).

KRONIKA

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku — Cieplicy zawiadamia, że *XI Lekarski Kurs Wakacyjny wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego* odbędzie się w dn. 2, 3, 4.IX 1938 r. w Ciechocinku — Cieplicy.

PROGRAM KURSU:

Czwartek, dnia 1.IX.1938 r. godz. 21 min. 15.

Zebranie towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowiskowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa").

P i ą t e k, dnia 2.IX.1938 r.
Godz. 9.15.

Otwarcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i przemówienia.

Godz. 9.45 — 13.00 wykłady:

1. Godz. 9.45 — 10.30. Profesor Dr med. *Hiller Stanisław* (Wilno): „Głód jako zjawisko biologiczne i jego wpływ na przemianę materii.
2. Godz. 10.45 — 11.30. Profesor Dr med. *Lubieniecki Jan* (Poznań): „Leczenie głodowaniem".
3. Godz. 11.45 — 12.30. Docent Dr med. *Zawodziński Tadeusz* (Warszawa): Hormonoterapia w ginekologii".
4. Godz. 12.35 — 13.00. Wyświetlenie filmu dźwiękowego: „Fazy produkcji hormonu jajnikowego Oestrin Klawe".
5. Godz. 15.00. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (Tężnie. Warzelnie. Park Zdrowia: pływalnia solankowo-termalna, ogródek Jordanowski itd.), poprzedzone wykładem orientacyjnym Lekarza Zakładowego Dra med. *W. Iwanowskiego* oraz objaśnieniami w Parku Zdrowia Kierownika tegoż, Dra med. *E. Zarzyckiego.*
6. Godz. 21.00. Raut.

S o b o t a, dnia 3.IX.1938 r.
Godz. 10.00 — 12.45 wykłady:

1. Godz. 10.00 — 10.45. Profesor Dr med. *Mazurkiewicz Jan* (Warszawa): „Bezsenność i jej leczenie".
2. Godz. 11.00 — 11.45. Profesor Dr med. *Raszeja Franciszek* (Poznań): „Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechanomedycznego".
3. Godz. 12.00 — 12.45. Profesor Dr med. *Gorecki Zdzisław* (Warszawa): „Leczenie krwiotoczności".
4. Godz. 14.30. Dalszy ciąg zwiedzania urządzeń Zdrojowiska (źródła, łazienki: borowinowe, solankowe, cieplice; wziewalnie, emanatorium radowe, wodolecznicze, elektrolecznicze oddziały itd.), poprzedzone orientacyjnym wykładem Lekarza Zakładowego Dra med. *W. Iwanowskiego.* Objaśnień na miejscu udzielać będą również i Kierownicy poszczególnych oddziałów (prof. Dr med. *J. Szmurło,* Dr med. *P. Rudzki).*
5. Godz. 20.00. Zebranie Koleżeńskie (strój dowolny).

N i e d z i e l a, dnia 4.IX.1938 r.
Godz. 10.00.

Otwarcie „Dnia Pediatrycznego" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

P o w i t a l n e p r z e m ó w i e n i a:

Prof. Dra med. *J. Szmurły,* Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Lekarskich Kursów Wakacyjnych.

Dyrektora Państw. Zakł. Zdrojowego, *S. Wiśniewskiego,* Członka Komitetu Organizac. Lek. Kursów Wakac.

Zagajenie „Dnia Pediatrycznego" przez Dra med. *T. Kopcia,* Prezesa Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Godz. 10.15 — 13.00 wykłady:

1. Godz. 10.15 — 11.00. Docent Dr med. *Kaulbersch-Marynowska Hanna* (Wilno): „Gruźlica dziecięca a leczenie solankami".
2. Godz. 11.15 — 12.00. Dr med. *Starkiewicz Szymon* (Busko): „Leczenie sanatoryjno-zdrojowiskowe dzieci gruźliczych".
3. Godz. 12.15 — 13.00. Profesor Dr med. *Szenajch Władysław* (Warszawa): „Walka z zakażeniami dziecięcymi na terenie zdrojowiska i uzdrowiska".

Zakończenie „Dnia Pediatrycznego" — przemówieniem prof. Dra med. *Wł. Szenajcha,* Stałego Sekretarza Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Zamknięcie XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Godz. 14.30. Wycieczka do Bydgoszczy (autobusem), zwiedzenie szpitala.

Godz. 15.00 — 15.15. Wycieczka do Nieszawy (autobusami).

Wykłady odbywają się w Głównym Parku Zdrojowym w Czytelni.

Opłata od uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zł. 20.—; od osoby towarzyszącej (żona, córka, syn) zł. 15.—.

Uczestnicy Kursu i „Dnia Pediatrycznego" mają zapewnione w dn. 2, 3, 4.IX bezpłatne mieszkanie w Zdrojowisku oraz korzystają z ulg kolejowych w drodze powrotnej.

Biuro Kursu i „Dnia Pediatrycznego" czynne w czasie wykładów w Czytelni w Głównym Parku Zdrojowym.

Biuro kwaterunkowe czynne od południa 1.IX do 2.IX do godz. 9 rano na dworcu kolejowym; od godz. 9 rano dn. 2.IX w Biurze Kursu i „Dnia Pediatrycznego" w Głównym Parku Zdrojowym (Czytelnia).

Odznaka Kursowa upoważnia do bezpłatnego korzystania w dn. 2, 3 i 4.IX z kąpieli i zabiegów leczniczych oraz wejścia do Parku Zdrojowego i Parku Zdrowia.

Dla uczestników Kursu i „Dnia Pediatrycznego" zorganizowana została Wystawa wyrobów i przetworów farmaceutyczno-lekarskich.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

KAZUISTYKA

TECHNIKA OPERACYJNA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

RÉCEUIL DE FAITS

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

ROK III. Nr. 8

SIERPIEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, SIERPIEŃ 1938 R. Nr 8

Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii [1])

podał

Płk dr Tadeusz Sokołowski
Kier. Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Nie tylko wielka wojna, ale w równej mierze wzrastająca ilość wypadków w okresie powojennym wysunęły leczenie urazów, jako jedno z zagadnień społecznych współczesnego życia. Jeżeli przed laty dwudziestu dopiero wojna wyzwalała epidemię urazów i zmuszała do mobilizacji sił obronnych, to współczesne życie wysunęło sprawę zwalczania niegasnącej epidemii urazów oraz ich skutków, jako zagadnienie bieżące. Przedtem chirurgia urazów wywodziła się z doświadczeń wojennych, obecnie chirurgia wojenna przestała być samodzielną dyscypliną, stając się jedynie jedną z gałęzi traumatologii, podobnie jak chirurgia sportu, wypadków pracy, wypadków komunikacyjnych itd.

O rozmiarach stałej klęski społecznej, jaką stanowi obecnie częstość urazów na skutek wypadków ruchu, wypadków ulicznych w miastach oraz wypadków w sporcie i w warsztatach pracy, świadczą roczniki Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, które wykazują setki tysięcy osób, ulegających rok rocznie nieszczęśliwym wypadkom. W Stanach Zjednoczonych ginie obecnie wskutek samych tylko urazów czaszki więcej osób w ciągu jednego roku, aniżeli zginęło żołnierzy amerykańskich podczas całego okresu, w jakim armia amerykańska brała udział w wojnie światowej. To też w dobie obecnej przeciwstawiono epidemii urazów organizację lecznictwa, nie tylko potencjalną na czas wojny, ale i stałą w życiu pokojowym. Do powstania odpowiednich instytucyj przyczyniły się wszędzie przede wszystkim Ubezpieczenia Społeczne, które przekonały się, że lepiej zapobiec od razu, przez wczesne stosowanie właściwego leczenia, skutkom wypadków, niż wydawać duże sumy na wątpliwe co do wyników leczenie późnych następstw urazów. Lepiej odpowiednio zorganizować leczenie przypadków urazowych, niż wypłacać niepotrzebnym społeczeństwu i siejącym niezadowolenie kalekom duże sumy na renty i odszkodowania.

Przykładem słuszności takiego stanowiska jest dwuletni bilans pracy Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie: w ciągu roku 1936 leczyliśmy 1477, a w ciągu roku 1937 — 1456, tj. łącznie prawie 3.000 osób. Liczba ta dotyczy osób ze stanu chorych Instytutu, a więc przypadków najcięższych urazów, ran i złamań. Dla zobrazowania ciężkości przypadków nadmieniam, że materiał ten obejmuje m. in. 149 przypadków złamań trzonu kości udowej, około 150 przypadków złamań szyi kości udowej, 66 przypadków złamań kręgosłupa, 34 przypadki ciężkich złamań kości czaszki, wiele przypadków otwartych złamań kości długich kończyny dolnej i gór-

[1]) Referat wygłoszony w d. 29.I 1938 na posiedzeniu plenarnym Rady Naukowo-Lekarskiej przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie.

nej itp. Pomimo to ilość dni szpitalnych wynosiła tylko 68.804, a zatem na każdego chorego przypada zaledwie 23 dni leczenia.

W tym samym czasie liczba chorych ambulatoryjnych, którzy zgłosili się do leczenia po raz pierwszy, wynosiła 11.931 osób, liczba ponownych wizyt ambulatoryjnych 33.877. A zatem w okresie dwuletnim na terenie Instytutu podlegało leczeniu prawie 15.000 chorych urazowych. Nadmieniam, że i materiał ambulatoryjny obejmuje również znaczny odsetek przypadków ciężkich, np. złamań kości ramiennej, kości przedramienia, uszkodzeń dłoni i palców, złamań kostek podudzia, a nawet złamań kręgów i szyi kości udowej, gdzie wprowadzenie metod, dających możność natychmiastowego powrotu czynności uszkodzonej okolicy ciała lub kończyny, pozwala na ambulatoryjne załatwianie przypadków.

Jeżeli chodzi o społeczne znaczenie traumatologii, bilans naszej pracy nie zasadza się jedynie na wyleczeniu tej czy innej ilości przypadków urazowych i zmniejszeniu zła społecznego, jakim jest kalectwo. Oczywiście, rację bytu czerpiemy bezpośrednio ze świadomości, że jesteśmy potrzebni chorym — leczyliśmy przypadki, które zgłaszały się do nas ze wszystkich krańców Polski, a wielu chorym zmuszeni byliśmy odmownie odpowiadać na prośby o przyjęcie z powodu braku miejsc. Naszą jednak, że się tak wyrażę, rację stanu upatrujemy w pierwszym rzędzie w tym, że w ciągu ubiegłego okresu gościliśmy w swych murach już nie dziesiątki, lecz setki lekarzy ze wszystkich stron Polski i mogliśmy krzewić w całej Polsce metody leczenia urazów, opracowane na zasadzie doświadczenia, jakie może dać jedynie odpowiednio postawiony zakład, rozporządzający wielką liczbą pouczających pod względem klinicznym przypadków. O tym, że w opracowaniu metod weszliśmy na właściwą drogę świadczą nasze wyniki, głosy lekarzy polskich i głosy prasy zagranicznej.

Przystąpiliśmy do pracy w chwili, gdy w traumatologii, a zwłaszcza w leczeniu złamań, wiele spraw czekało dopiero na rozwiązanie, a w wielu dziedzinach nie było jeszcze powszechnie obowiązujących metod.

Przecież dzisiaj jeszcze w złamaniu kości udowej w przypadku analogicznym, jeden chirurg założy wyciąg bezpośredni, drugi — plastrowy, trzeci opatrunek gipsowy, czwarty wykona operację. Takiej mozajki metod, a mówiąc nawiasem i wyników, nie ma w innych działach chirurgii.

Wielkim nieporozumieniem w leczeniu złamań jest utarty podział leczenia na „zachowawcze" i „operacyjne". Z jednej strony mamy osobne podręczniki operacyjnego leczenia złamań, z drugiej jesteśmy świadkami formalnej krucjaty przeciwko leczeniu operacyjnemu, otrzymując wzamian gotowe przepisy leczenia zachowawczego. Jest to pomieszanie pojęć; podobnie jak w innych działach chirurgii, tak samo w leczeniu złamań, jest tylko jedno leczenie — chirurgiczne; są wskazania i przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego, i są *operacje złamań*. Jeżeli mamy zwykłe złamanie kości ramiennej, będziemy zazwyczaj leczyć przypadek za pomocą odpowiedniego opatrunku unieruchomiającego. Gdy jednak otrzymamy takiego chorego z objawami porażenia nerwu promieniowego, wówczas w wielu przypadkach wystąpi wskazanie do zabiegu operacyjnego; wolimy odsłonić, uwolnić i przemieścić nerw poza ognisko złamania, niż wyczekiwać biernie na zrost odłamków, ponieważ zdarza się często, że nerw wrasta w kostninę, a w uciśniętym odcinku dochodzi do nieodwracalnych zmian bliznowatych. Nie można zresztą oddzielać „złamania" od osoby chorego. W zależności od stanu chorego, jego wieku, okresu choro-

by oraz powikłań, mogą wystąpić w przypadku analogicznym wskazania lub przeciwwskazania do operacji.

Zagadnienie leczenia złamań rozwija się ostatnio nie tylko jako sprawa metodyki, lecz w równej mierze jako kwestia techniki, prowadząc w niektórych działach do zmiany pojęć. Po wynalezieniu przez *Smith-Petersena* znanego gwoździa, nastąpił w krótkim czasie zupełny przewrót leczenia złamań szyi kości udowej.

I w innych działach złamań powstały wielkie zmiany pod wpływem ulepszeń technicznych. Leczenie niektórych postaci złamań bez odpowiedniej aparatury jest obecnie nie do pomyślenia; pomimo to panuje jeszcze w tym dziale chirurgii oportunizm: wielu chirurgów uzależnia sposób leczenia od środków, którymi rozporządzają. Tymczasem leczenie złamań jest tylko jedno — takie, które daje optimum wyników. I jeżeli wynik da się osiągnąć tylko przy użyciu odpowiedniej aparatury lub za pomocą operacji, nie będziemy z punktu widzenia nauki reklamować dawnych sposobów, dlatego że brak odpowiednich środków, albo że operacja jest trudna. Taki oportunizm jest do pomyślenia wyłącznie w warunkach wojennych, ściśle biorąc — polowych. Nie do przyjęcia również jest ten oportunizm z punktu widzenia społecznego. Co prawda nauka nie stawia sobie za cel względów utylitarnych, ale w dobie wielkich przemian struktury społecznej przestaje być coraz więcej przywilejem możnych, stając w pierwszym rzędzie na usługi społeczeństwa. Wielkie wstrząsy i przemiany społeczne ostatnich dziesiątków lat doprowadziły właśnie do rozwoju traumatologii, a w obecnym układzie stosunków chwilowo nawet do sztucznego podziału chirurgów na zajmujących się i nie zajmujących się traumatologią. Zastanówmy się, jakie są tego głębsze przyczyny.

Wiadomo, że chirurgia urodziła się z traumatologii. Przecież na przestrzeni wieków chirurgia i traumatologia były to wspólne pojęcia. Jeszcze w drugiej połowie XIX wieku każdy chirurg był przede wszystkim traumatologiem. Dopiero, gdy po wprowadzeniu aseptyki otworzyły się przed chirurgią szeroko nowe dziedziny, traumatologia zeszła na drugi plan. W tym samym czasie, również w związku z wprowadzeniem aseptyki, wydzieliła się, jako osobna gałąź chirurgii, *ortopedia,* która nie wzięła pod swe opiekuńcze skrzydła traumatologii z dwu przyczyn: po pierwsze i ona znalazła własne drogi rozwoju, jako tzw. czysta ortopedia (wady rozwojowe, skrzywienia, zesztywnienia, przykurczenia, porażenia, choroby stawów, ścięgien, mięśni, układu kostnego itp.), po drugie, ani ilość lekarzy ortopedów, ani ilość łóżek, którymi rozporządzały zakłady ortopedyczne, nie były wystarczające do pomieszczenia przypadków urazowych. Utarł się więc zwyczaj, że do zakładów ortopedii kierowano jedynie przypadki złamań, źle wyleczonych w oddziałach chirurgicznych. I dopiero w ostatnich latach zainteresowanie traumatologią wzrosło zarówno wśród chirurgów, jak i ortopedów, nawiasem jednak mówiąc, jeśli o ortopedów chodzi, interesują się oni właściwie nie traumatologią, a frakturologią.

Jednak stosunki faktyczne nie uległy i teraz zmianie. Niemiecka ortopedia (Austria, Niemcy) pozostała w dalszym ciągu wierna czystej ortopedii, francuska usiłuje przyciągnąć do swoich zakładów materiał świeżych złamań—bezskutecznie, ponieważ chirurgów interesujących się złamaniami jest tam więcej, niż ortopedów, i jedynie w Italii ze względu na specjalne warunki miejscowe (wyjątkowy w tym kraju rozwój szkół ortopedycznych) powstało kilka dużych ośrodków leczenia złamań przy istniejących zakładach ortopedii.

Powstały towarzystwa *ortopedii* i *trau-*

matologii; taką samą nazwę przybrało od lat kilku i nasze Towarzystwo Ortopedyczne. Nie zmienia to jednak istotnego stanu rzeczy: dla nielicznej garstki polskich ortopedów stoi otworem w pierwszym rzędzie niezaorana jeszcze niwa czystej ortopedii, nie posiadamy bowiem poza Poznaniem osobnych zakładów ortopedii, a dla licznej rzeszy chorych urazowych rozsianych w terenie pozostaną, jak dotychczas, chirurdzy szpitali powiatowych.

Losy chorych urazowych zależeć więc będą u nas nadal od stopnia wyszkolenia ogółu chirurgów w zakresie leczenie spraw urazowych, a przyszłość i rozwój traumatologii pozostanie na okres najbliższy w rękach tych, co skupiają w swych zakładach materiał chorych urazowych. W uniwersytecie student otrzyma podstawowe wiadomości, ale leczenia urazów i złamań lekarz nauczy się dopiero w oddziale chirurgii urazowej na zasadzie spostrzegania i leczenia chorych. Nikt przecież nie został chirurgiem, nauczywszy się chirurgii z książek czy wykładów.

Zagadnienie nauczania traumatologii wiąże się ściśle ze sprawą nauczania chirurgii wogóle: traumatologia w jej obecnym szerokim rozwoju powinna być przedmiotem nauczania w ramach chirurgii już w uniwersytecie na osobnej katedrze, uzupełniając nauczanie chirurgii ogólnej i szczegółowej wykładami i ćwiczeniami z dziedziny chirurgii urazów, chirurgii ran postrzałowych, chirurgii sportu, techniki leczenia złamań, desmurgii itd. Podstawą nauczania i prac tej katedry powinien być specjalny ośrodek szpitalny, gromadzący duży materiał chorych urazowych, z którego można czerpać w każdej chwili odpowiednie pouczające przypadki dla celów nauczania. Najwięcej celowe byłoby umieszczenie tego ośrodka we wspólnym bloku z dużym oddziałem wzgl. kliniką ortopedii. Oba ośrodki powinny pracować ręka w rękę, jeżeli chodzi o nauczanie, ponieważ obie dziedziny uzupełniają się wzajemnie. Zarówno student, jak lekarz powinien odbywać stage kolejno w obu ośrodkach w ramach wspólnego bloku szpitalnego.

Na czoło zagadnienia nauczania traumatologii wysuwa się więc znaczenie powstania specjalnych ośrodków, zapoczątkowanego przez utworzenie Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie i oddziału traumatologicznego Szpitala im. Narutowicza w Krakowie. W obecnym układzie stosunków traumatologia stoi w Polsce dopiero u wrót renesansu, jako chwilowo zaniedbany dział chirurgii.

Z Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr E. Loth.*

Gruczoły limfatyczne osklepkowe i nażebrowe u dorosłych

podał

Henryk Śledziewski.

Współczesna wiedza anatomiczna o układzie lifmatycznym człowieka oparta jest głównie na wynikach badań zwłok noworodków i osesków. Otrzymane tą drogą wyniki przyjmowane są za panujące u dorosłych. Postępują w ten sposób nawet chirurdzy, jakkolwiek często spotyka się zdanie, że układ limfatyczny jest lepiej rozwinięty u dziecka niż u dorosłego. Dlatego też niektórzy autorzy starają się badaniami zwłok dorosłych potwierdzić wyniki swych poszukiwań, przeprowadzonych na zwłokach dzieci.

W mojej poprzedniej pracy [1]), opartej na zbadaniu 24 zwłok dzieci w wieku od 3-ch miesięcy do 2 lat i traktującej o *gruczołach limfatycznych osklepkowych i nażebrowych* w związku z techniką zabiegów, wykonywanych w przypadkach raka sutka, wyciągnąłem szereg wniosków i uwag, które dotyczyły człowieka dorosłego, jakkolwiek materiał naukowy został ograniczony wyłącznie do zwłok dzieci. Chcąc uniknąć ewentualnego zarzutu, że właściwie niewiadomo jest w jakim stopniu są słuszne moje wnioski w odniesieniu do człowieka dorosłego, przeprowadziłem badania na zwłokach 66 dorosłych osobników; dotyczą one częstości występowania gruczołów limfatycznych *nażebrowych* i *osklepkowych,* po raz pierwszy opisanych przeze mnie.

Materiał pochodzi z sali ćwiczeń Zakładu Anatomii Prawidłowej U. J. P. w wieku od lat 20 do 88; przeważa wiek starszy. Zwłok kobiet zbadano 37, mężczyzn 29. Technika badania ograniczyła się wyłącznie do anatomicznego wyszukiwania wymienionych gruczołów bez uprzedniego nastrzykiwania ich masą kontrastową. Należy zaznaczyć, że tą metodą można uzyskać liczby minimalne, gdyż w tych warunkach bardzo łatwo jest nie zauważyć gruczołów, zwłaszcza gdy są one małych rozmiarów. W naszych warunkach zwłoki są późno konserwowane w formalinie, tak że gnicie i nasiąkanie tkanek barwikiem krwi czyni wszystkie tkanki mniej lub więcej jednakowego ziemisto-brunatnego zabarwienia i jednakowo kruchej konsystencji. Poza tym nieraz trudno było zabezpieczyć badaną okolicę przed uszkodzeniami, czynionymi przez słuchaczy w czasie ćwiczeń prosektoryjnych, tak że potem trudno było powiedzieć w przypadku braku poszukiwanych gruczołów, czy ich rzeczywiście wcale nie było, czy też zostały usunięte przez studentów. Szczególnie ta uwaga dotyczy *gruczołów nażebrowych,* które zostały z tego powodu zbadane w ilości stosunkowo małej. Wobec powyższych zastrzeżeń liczby otrzymane przeze mnie w odniesieniu do *gruczołów osklepkowych,* a zwłaszcza *nażebrowych* wydają się być niskie i w istocie rzeczy powinny być wyższe.

Dla przypomnienia przytaczam określenie gruczołów *nażebrowych i osklepkowych.*

Gruczołami nażebrowymi [2]) *(lglae supracostales)* nazywam gruczoły znajdujące się na górnej powierzchni I-go żebra: albo pod żyłą podobojczykową, albo między żyłą a tętnicą podobojczykową, tuż przy przyczepie żebrowym przedniego mięśnia pochyłego szyi, albo w szczelinie międzymięśniowej (utworzonej przez dwa mięśnie pochyłe szyi: przedni i środkowy), przed tętnicą podobojczykową. Gruczołami zaś osklepkowymi *(lglae cupulae pleurae)* nazywam gruczoły, leżące na osklepku opłucnej; wśród nich odróżniam *przednie, środkowe* i *tylne;* granice osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, są następujące: od boku i przodu ogranicza brzeg wewnętrzny I-go żebra, od tyłu — tętnica podobojczykowa, od strony przyśrodkowej — tętnica sutkowa wewnętrzna. Przed żyłą podobojczykową leży gruczoł osklepkowy *przedni,* pod żyłą podobojczykową — *środkowy,* za żyłą a przed tętnicą podobojczykową i pod mięśniem pochyłym przednim — gruczoł osklepkowy *tylny.*

Cały zbadany przeze mnie materiał ułożyłem w dwie tabele (Tabela *A* i *B)* z któ-

---

[1]) *H. Śledziewski:* „Les métastases du cancer de l'estomac et les métastases „croisées" du cancer du sein aux ganglions lymphatiques de la base du cou, au point de vue de l'anatomie normale". Arch. d'Anat., d'Histol. et d'Embryol. T. XXIV, 1937, p. 199 — 276.

[2]) Przytaczam wg. pracy „Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych". Chirurg Polski, 1938, z. 1.

Wykaz zbadanego

Tabela A.

Nr zwłok	Płeć żeńska	Wiek	Strona lewa – osklepkowe p.	Strona lewa – osklepkowe śr.	Strona lewa – osklepkowe t.	Strona lewa – nażebr. p.	Strona lewa – nażebr. t.	Strona prawa – osklepkowe p.	Strona prawa – osklepkowe śr.	Strona prawa – osklepkowe t.	Strona prawa – nażebr. p.	Strona prawa – nażebr. t.	Uwagi
1	„	72	1							1		1	
2	„	30								1			
3	„	32	1	1	2			1	1	1			Rys. 20 i 21
4	„	72											
5	„	63		1									
6	„	?										1	
8	„	44											
10	„	62		1	1					1			
11	„	88				—	—				—	—	
12	„	?				—	—				—	—	
13	„	53			2	—	—			1		2	
15	„	?				—	—				—	—	
16	„	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1		
18	„	?				—	—				—	—	
20	„	?					1						
24	„	?				—	—						
26	„	78									1		
27	„	68											
29	„	61			1	—	—		1	1	—	—	
30	„	?	1			—	—					1	
31	„	60					1						
32	„	63			2	—	—			1	—	—	Rys. 2 i 19
34	„	79	—	—	—	—	—						
36	„	65											
38	„	60						1		1	—	—	Rys. 3
40	„	?				1							
46	„	76											
49	„	?									1		
50	„	?	1										Rys. 1
53	„	?	1				1	1					Rys. 16
54	„	?					2					2	
55	„	?											
56	„	?			1	—	—			1		1	
57	„	?											
58	„	60										1	
59	„	?											
60	„	70											

materiału

Tabela B.

Nr. zwłok	Płeć męska	Wiek	Strona lewa					Strona prawa					Uwagi
			osklepkowe			nażebr.		osklepkowe			nażebr.		
			p.	śr.	t.	p.	t.	p.	śr.	t.	p.	t.	
7	„	36	1	1									
9	„	?	1				1		1			2	
14	„	?				—	—			1	—	—	
17	„	82	—	—	—					1	1		
19	„	?				—	—				—	—	
21	„	?									2	1	
22	„	?			1		1		1			1	
23	„	48				—	—		1	1			
25	„	?					1						
28	„	50		1	1	—	—			1	—	—	
33	„	23											
35	„	?	1									1	
37	„	20		1									
39	„	?			1	—	—			1	—	—	
41	„	50		1		1	1			1		1	
42	„	74		1			1		1	1		1	Rys. 13 i 15
43	„	?							1	2		2	Rys. 12
44	„	30			1		1			1		1	Rys. 17 i 18
45	„	?	—	—	—	—	—			2	—	—	Rys. 10
47	„	52		1	1		1						
48	„	?		1								1	
51	„	?			1					1			Rys. 5 i 6
52	„	?			1		1			1		1	Rys. 11 i 14
61	„	?			2								Rys. 7
62	„	80		1	1					1			Rys. 4 i 8
63	„	65	1		1					1			Rys. 9
64	„	70			1								
65	„	75											
66	„	80											

U w a g a: Objaśnienie oznaczeń:
p. = przedni;
śr. = środkowy;
t. = tylny;
? — nieznany wiek;

ilość znalezionych gruczołów danego ugrupowania oznaczono liczbami 1 lub 2; kreska pozioma w rubryce gruczołów oznacza, iż w danym przypadku wymienionych gruczołów nie szukano;

puste miejsce w rubryce gruczołów danego przypadku oznacza, iż poszukiwanych gruczołów nie znaleziono;

rych czytelnik z łatwością odczyta ilość i ułożenie poszukiwanych gruczołów w każdym poszczególnym przypadku; poza tym w uwagach podałem numery rysunków odtworzonych z danych przypadków.

Gruczoły nażebrowe zostały znalezione:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej w 8 przypadkach na 23 (czyli w 35%),

po stronie prawej w 11 przypadkach na 24 (czyli w 46%);

u k o b i e t:

po stronie lewej w 5 przypadkach na 25 (czyli w 20%),

po stronie prawej w 10 przypadkach na 30 (czyli w 33%);

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej w 5 przypadkach na 14 (czyli w 36%),

po stronie prawej w 5 przypadkach na 19 (czyli w 28%).

Tak się przedstawia częstość występowania gruczołów nażebrowych. O ile można sądzić na podstawie przytoczonych liczb, omawiane gruczoły częściej występują u mężczyzn niż u kobiet.

Ilość gruczołów nażebrowych w poszczególnych przypadkach przedstawia się następująco:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej znaleziono w 7 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 8 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły nażebrowe;

u k o b i e t:

po stronie lewej znaleziono w 4 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku 2 gruczoły nażebrowe,

po stronie prawej znaleziono w 8 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły nażebrowe;

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej znaleziono w 5 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym,

po stronie prawej znaleziono w 4 przypadkach po 1 gruczole nażebrowym.

po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły nażebrowe.

Z powyższego zestawienia wynikałoby, że u dzieci w poszczególnych przypadkach gruczoły nażebrowe występują mniej licznie niż u dorosłych.

Gruczoły osklepowe zostały znalezione:

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej w 18 przypadkach na 27 (czyli w 66%),

po stronie prawej w 16 przypadkach na 29 (czyli w 55%);

u k o b i e t:

po stronie lewej w 10 przypadkach na 35 (czyli w 28%),

po stronie prawej w 10 przypadkach na 36 (czyli w 28%);

u d z i e c i:[3])

po stronie lewej w 5 przypadkach na 14 (czyli w 36%),

po stronie prawej w 3 przypadkach na 19 (czyli w 17%).

Wydaje się niewątpliwym, że gruczoły osklepkowe występują częściej u mężczyzn niż u kobiet i u dzieci.

Ilość gruczołów osklepkowych w poszczególnych przypadkach układa się w sposób następujący:

---

[3]) Cytowano wg. pracy podanej w odnośniku 1).

u m ę ż c z y z n:

po stronie lewej znaleziono w 12 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie lewej znaleziono w 6 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe;
po stronie prawej znaleziono w 12 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 3 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły osklepkowe;

u k o b i e t:

po stronie lewej znaleziono w 6 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie lewej znaleziono w 3 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie lewej znaleziono w 1 przypadku aż 4 gruczoły osklepkowe (!);
po stronie prawej znaleziono w 7 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 2 przypadkach po 2 gruczoły osklepkowe,
po stronie prawej znaleziono w 1 przypadku 3 gruczoły osklepkowe (!);

u d z i e c i:[3]).

po stronie lewej znaleziono w 5 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym,
po stronie prawej znaleziono w 3 przypadkach po 1 gruczole osklepkowym.

Jakkolwiek gruczoły osklepkowe występują częściej u mężczyzn niż u kobiet i dzieci, to jednak u kobiet w poszczególnych przypadkach występują one liczniej. Wszak to na zwłokach kobiet spostrzegano w jednym przypadku po stronie prawej trzy gruczoły osklepkowe (rys. 20), po stronie lewej (rys 21) aż cztery! (przyp. Nr 3). Z przytoczonej tabeli zbadanych przypadków wynika, że *tylko gruczoły osklepkowe tylne występują najczęściej i najliczniej,* bo *w ilości* do *dwóch gruczołów,* podczas gdy przednie i środkowe występują rzadziej i to tylko pojedyńczo. Przy tym należy pamiętać, iż gruczoły osklepkowe tylne są właśnie najtrudniejsze z pośród omówionych gruczołów *do usunięcia sposobem chirurgicznym.*

W poprzednio wymienionych pracach podzieliłem *gruczoły osklepkowe* na *przednie, środkowe i tylne.* Obecnie zebrany materiał pozwala uczynić dalszą specyfikację tych gruczołów. Obszar osklepka, na którym leżą gruczoły osklepkowe, ma kształt trójkąta, ograniczonego od tyłu przez tętnicę podobojczykową, od strony przyśrodkowej — przez tętnicę sutkową wewnętrzną, od boku — przez brzeg wewnętrzny pierwszego żebra; zatem szersza część, podstawa trójkąta zwrócona jest do tyłu, wierzchołek — do przodu (por. rys. 2). Gruczoł osklepkowy przedni leży w granicach wierzchołka opisanego trójkąta i wobec szczupłości miejsca nie ma możliwości na przesunięcia w ułożeniu. Gruczoł osklepkowy środkowy znajduje się już na szerszej części osklepka w granicach trójkąta, którego wielkość i kształt są zmienne. Więc zależnie od wielkości i kształtu opisanego trójkąta oraz od wielkości i kształtu samego gruczołu osklepkowego środkowego może ten ostatni leżeć bliżej pierwszego żebra lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Naprzykład na rysunkach: 8, 12 *a,* 13 *a* i 15 *a,* wymieniony gruczoł leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej, na rysunkach zaś 20 *b* i 21 *b* — leży bliżej brzegu wewnętrznego pierwszego żebra. Zatem można byłoby mówić o gruczole osklepkowym środkowym, ułożonym bardziej bocznie (przyżebrowo) lub bardziej przyśrodkowo (przytętniczo). W tym ostatnim ułożeniu gruczoł może wsuwać się pod tętnicę sutkową wewnętrzną jak na rys. 12 *a. Duży zakres wahań w ułożeniu topograficznym wykazuje gruczoł osklepkowy tylny.* Stąd też nazwy dla gruczołu osklepkowego tylnego: *tylno-przyśrodkowy* i *tylno-boczny. Gruczoł tylno - przyśrodko-*

wy leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej, w małym odstępie od niej jak np. na rys.: 3 *a*, 8, 9 *b*, 13 *b*, 16 *a*, 19 *a* i 20 *d*, lub ściśle do niej przylega jak na rys.: 4, 17 *a* i 18 *a*, lub leży pod nią jak na rys.: 5, 6 i 7, lub też wreszcie leży na niej jak na rys.: 10 *b*, 12 *b* i 21 *d*. Poza tym gruczoł osklepkowy tylno-boczny albo wysuwa się z pod mięśnia pochyłego szyi jak na rys. 7 *b*, 11 *b*, 19 *b i* 20 *d*, lub jest całkowicie pod nim ukryty jak np. na rys.: 12, 14 *a* i 21 *e*. Czasami gruczoł osklepkowy tylny zajmuje ułożenie pośrodkowe między przyśrodkowym a bocznym jak np. na rys. 2, czasami wsuwa się pod tętnicę podobojczykową jak np. na rys. 7 *a* i 19 *b*, lub też większą częścią leży na przedniej ścianie tętnicy podobojczykowej i tylko mniejszą częścią przylega do osklepka opłucnej jak np. na rys. 10 *b* i 17 *a*. Gdy gruczoł osklepkowy leży pod tętnicą sutkową wewnętrzną, to w tych przypadkach posiada mniej lub więcej głęboki wycisk rowkowaty dla tejże tętnicy jak np. na rys.: 5, 6 i 7. W przypadku wyobrażonym na rys. 7 rowek był bardzo głęboki, tak że zaszła pewna trudność w wydobyciu tego gruczołu.

Na osobne omówienie zasługuje jeszcze przypadek, odtworzony na rys. 11 (Nr zwłok 52). Widzimy tam gruczoł oznaczony literą *d*. Jeśli dla porównania obejrzymy kolejno rysunki: 12 *b*, 17 *a* i 10 *b*, to odniesiemy wrażenie, że *gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy* wyobrażony na tych rysunkach ulega stopniowemu wzniesieniu tak, że w przypadku, uwidocznionym na rys. 11 gruczoł *d* uległ większemu wzniesieniu i stracił przez to styk z osklepkiem opłucnej. Gruczoł ten znacznych rozmiarów nie został uwzględniony w moich zestawieniach i tablicach, jednak należałoby go zaliczyć do grupy gruczołów osklepkowych tylno-przyśrodkowych o nietypowym położeniu, a mianowicie: leży on w większej części pod mięśniem pochyłym przednim szyi, na tętnicy podobojczykowej prawej, wciśnięty w kąt utworzony przez tętnicę podobojczykową i pień tętnicy tarczowo-karkowej *(truncus thyreo-cervicalis)*; w mniejszej części wychodzi na przednią powierzchnię mięśnia pochyłego szyi, przyciśnięty doń przez wymieniony pień tętniczy i jego odgałęzienia; posiada głębokie rowki dla tętnic, jest wydłużony i dolnym biegunem zwisa tuż nad osklepkiem opłucnej, jednak nie kontaktując z nim wcale. Opisany gruczoł wydobyto z dużą trudnością wskutek jego ścisłego domodelowania się i przylegania do otoczenia.

W odniesieniu do gruczołów osklepkowych przednich należy uczynić następujące zastrzeżenie: przednia część osklepka, ograniczona od przodu przez wewnętrzny brzeg I-go żebra, od tyłu — przez żyłę podobojczykową i od strony przyśrodkowej — przez tętnicę sutkową wewnętrzną, nie zawsze daje się stwierdzić: często jest przykryta przez żyłę podobojczykową. Zależy to od ukształtowania klatki piersiowej (wdechowo czy też wydechowo ustawionej). Poza tym przestrzeń osklepka w powyższym ograniczeniu częściej występuje po stronie lewej niż po prawej, co znowu zależy od różnicy w przebiegu żył bezimiennych (prawa żyła bezimienna biegnie prawie pionowo, lewa — więcej poziomo, skośnie). Dlatego też częściej występują przednie gruczoły osklepkowe po stronie lewej niż po prawej. W przytoczonym materiale u mężczyzn po stronie prawej ani razu nie stwierdzono obecności przednich gruczołów osklepkowych, u kobiet zaś tylko w 3-ch przypadkach, podczas gdy po stronie lewej u mężczyzn — w 4-ch przypadkach, u kobiet zaś — w 6 przypadkach.

W powyżej podanych obliczeniach osobno brano pod uwagę występowanie gruczołów po stronie lewej i osobno po stronie prawej, gdyż gruczoły nie zawsze występu-

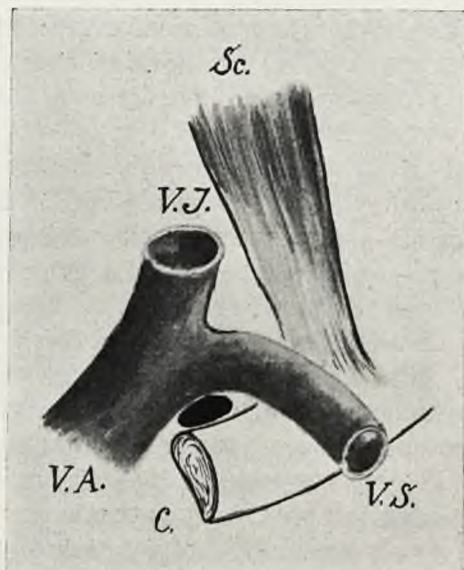
ją symetrycznie. Widać to na przykładzie gruczołów osklepkowych (por. tabele). Jednak równie słuszne jest obliczenie ogólnej częstości występowania gruczołów osklepkowych tj. bez uwzględnienia podziału na płeć oraz na stronę lewą i prawą. Zatem jak wynika z tabeli w 36 przypadkach na 65 stwierdzono występowanie gruczołów osklepkowych, co równa się 55%. Stąd wniosek: *gruczoły osklepkowe występują przeszło w połowie przypadków.* Odnosi się wrażenie, że *gruczoły osklepkowe występują u dorosłych nie tylko liczniej, lecz i częściej,* gdyż obliczenie odnośnego materiału, otrzymanego z badań zwłok dzieci, daje ogólną częstość występowania gruczołów osklepkowych w wysokości 29%. Czy rzeczywiście tak jest naprawdę — trudno stwierdzić z całą pewnością, gdyż należy o tym pamiętać, że wyniki badań zwłok dzieci otrzymano w innych warunkach niż wyniki badań zwłok dorosłych, a mianowicie: w obliczeniach gruczołów osklepkowych u dzieci brano pod uwagę tylko te gruczoły, które zostały nastrzykane masą kontrastową; więc mogło się zdarzyć niejednokrotnie tak, co trudno wykluczyć, że nie wszystkie gruczoły osklepkowe zostały nastrzykane. Jeżeli w niniejszej pracy podano częstość występowania poszczególnych gruczołów w odsetkach, to tylko dla orientacji i bez pretensji do bezwzględnej stałości tych liczb, gdyż w czasie przeprowadzania badań spostrzeżono serie zwłok, na których stwierdzono lub nie stwierdzono obecności gruczołów osklepkowych, tak że przerwanie badań na jednej z tych serii dałoby wynik liczbowy albo za wysoki albo za niski. By uniknąć tej przypadkowości bezwzględnie należałoby zbadać znacznie większy materiał, jakkolwiek użyty materiał do badań nie wydaje się być małym pod względem ilościowym (66 zwłok!). Jeszcze jeden szczegół pozostaje do omówienia, a mianowicie wielkość i kształt gruczołów; przegląd przytoczonych rysunków daje wymowny obraz tego zagadnienia. Na rysunkach starano się zachować proporcje gruczołów, lecz dla tym lepszej ścisłości podano w tekstach objaśniających wymiary tych gruczołów w centymetrach, zachowując następującą kolejność: długość, szerokość, grubość.

Niektóre gruczoły wskutek wydłużonego kształtu utrudniają przydzielenie ich do jednej z określonych grup, tak że zachodzi potrzeba nadania im nazwy mieszanej jak np. na rys. 12 widzimy gruczoł osklepkowy *a*, który nazwałem przednio-środkowym, gdyż zajmuje miejsce gruczołów osklepkowych przedniego i środkowego. Czasami gruczoły występują w postaci zupełnie nieforemnej bryły jak np. na rys. 12 *d* i 13 *d*.

O dopływach gruczołów chłonnych można sądzić: albo z ich topograficznego układu, albo z wyników nastrzykiwania mniej lub więcej odległych tkanek, albo (nie zawsze) ze zmian ogniskowych i ich przerzutów do gruczołów okolicznych.

Z topograficznego układu gruczołów osklepkowych i nażebrowych można sądzić, że między innymi otrzymują one dopływ naczyń limfatycznych wychodzących z opłucnej ściennej. W niektórych przypadkach obserwowałem zmiany pylicze w wymienionych gruczołach bez podobnych zmian w sąsiednich gruczołach (nadobojczykowych). Zatem zmiany pylicze omawianych gruczołów świadczą o połączeniu limfatycznym tych gruczołów z opłucną. Nadto wielkość gruczołów w większej części przypadków była zawsze w związku z gruźlicą płuc badanych osobników. O połączeniu limfatycznym gruczołów nażebrowych i osklepkowych z wątrobą, otrzewną, przeponą, z gruczołami naprzeponowymi zostało już napisane w cytowanej poprzednio pracy (1937), na podstawie specjalnych badań, drogą nastrzykiwania masą kontrastową.

Kończąc muszę zaznaczyć, że w niniejszej rozprawie zależało mi głównie na stwierdzeniu, że gruczoły osklepkowe i nażebrowe występują nie tylko u dzieci, lecz i u dorosłych, oraz z tego powodu na szczególnym podkreśleniu, że wnioski praktyczne, oparte na zbadaniu zwłok dzieci w poprzednich pracach, są słuszne w całej rozciągłości w odniesieniu do dorosłych.



Rys. 1. Gruczoł osklepkowy przedni.

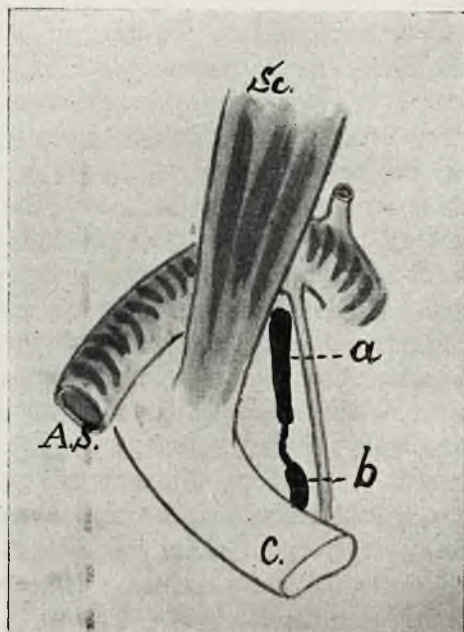
OBJAŚNIENIA RYCIN.

Wszystkie ryciny przedstawiają okolicę kąta żylnego.

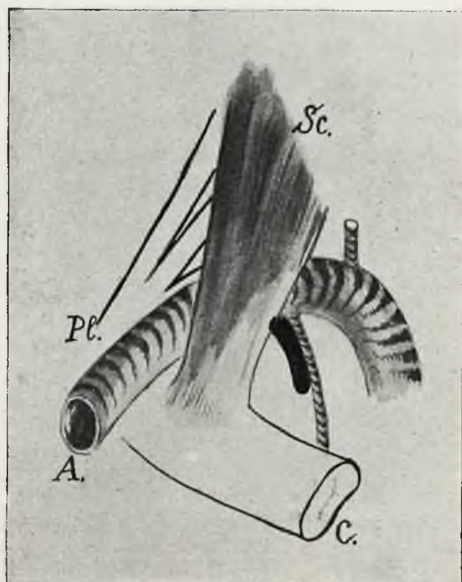
Gruczoły limfatyczne zostały oznaczone czarnym tuszem i ich wymiary zostały oznaczone w centymetrach w następującej kolejności: długość, szerokość i grubość.

Sc. = *musculus scalenus anticus.*
C. = *costa prima;*
A. = A. S. = *arteria subclavia;*
V.J. = *vena jugularis interna;*
V.A. = *vena anonyma;*
V.S. = *vena subclavia;*
Pl. = *plexus brachialis;*
m.i. = *arteria mammaria interna;*
Tr. th. = *truncus thyreocervicalis.*

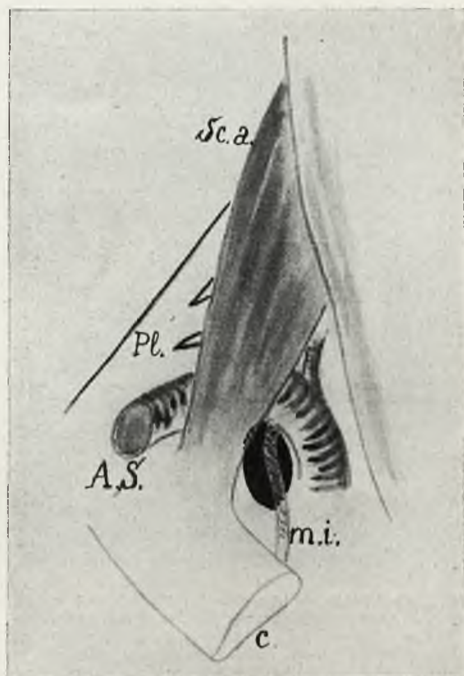

Rys. 2. Gruczoł osklepkowy tylny (wymiary 0,6 × 0,4 × 0,3).



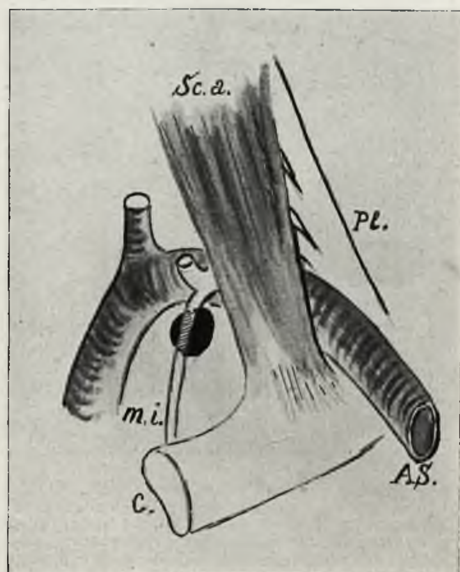
Rys. 3. Dwa gruczoły osklepkowe pyliczo zmienione i silnie wydłużone; **a** — gruczoł osklepkowy tylny (o wymiarach 2,0 × 0,5); **b** — gruczoł osklepkowy przedni. Oba gruczoły są połączone ze sobą naczyniem limfatycznym.



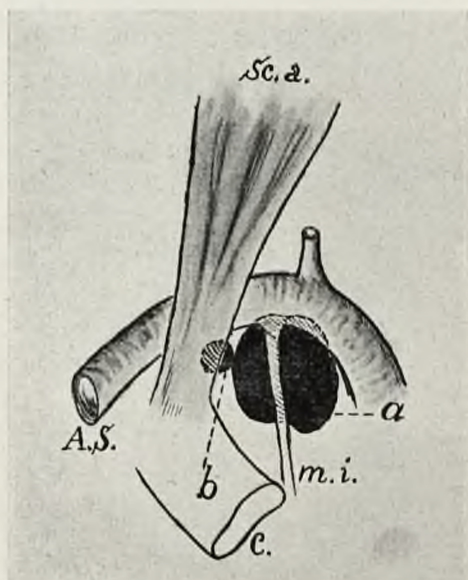
Rys. 4. Gruczoł osklepkowy tylny, kształtu wydłużonego, leży tuż przy tętnicy sutkowej wewnętrznej, przylegając tylnym biegunem do tętnicy podobojczykowej. Wymiary gruczołu osklepkowego 1,7 × 0,6. Ze względu na ułożenie tego gruczołu można go nazwać gruczołem osklepkowym **tylno-przyśrodkowym.**



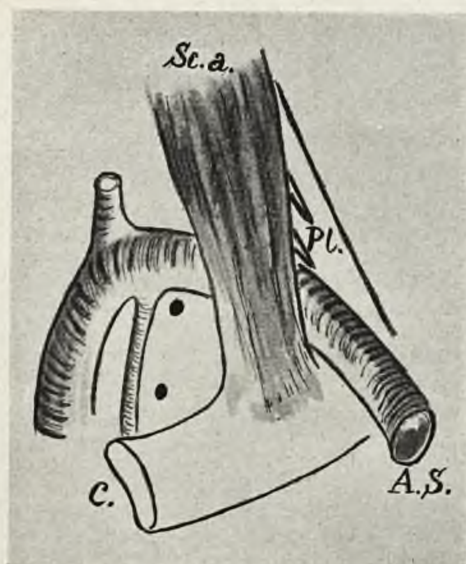
Rys. 5. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy leży częściowo pod tętnicą sutkową wewnętrzną. Wymiary gruczołu 1,9 × 1,3 × 0,7.



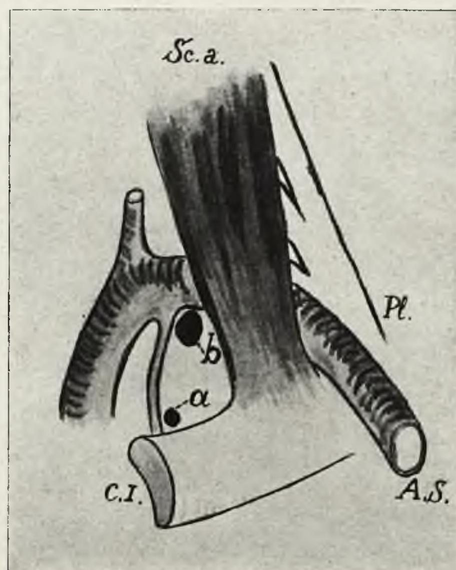
Rys. 6. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy nieco mniejszych wymiarów od poprzedniego (rys. 5), również leży częściowo pod tętnicą sutkową wewnętrzną i posiada na górnej swej powierzchni wycisk rowkowaty dla tejże tętnicy.



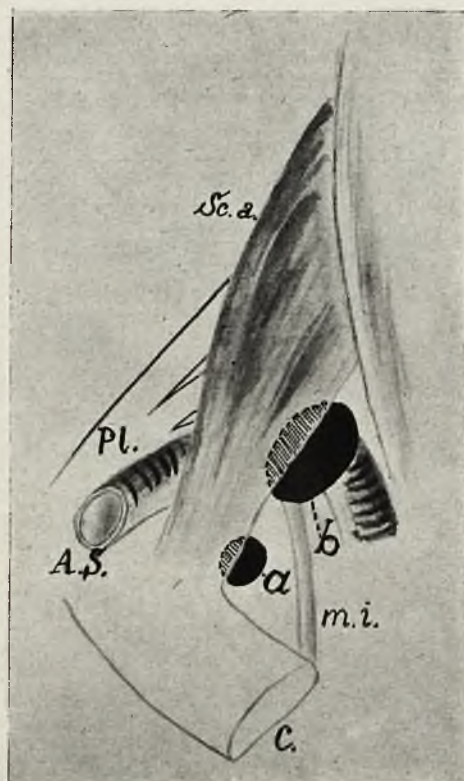
Rys. 7. Dwa gruczoły osklepkowe tylne: **a** — przyśrodkowy, bardzo duży, oraz **b** — boczny, znacznie mniejszy. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy **a** tylnym biegunem leży pod tętnicą podobojczykową; na górno-przedniej jego powierzchni znajduje się głęboki **rowek,** przez który przebiega tętnica sutkowa wewnętrzna; na przednim i tylnym biegunie znajdują się wręby; nienaturalna wielkość gruczołu (wymiary 2,3 × 1,8 × 1,0) oraz wręby świadczą o powstaniu gruczołu ze zlania się dwóch gruczołów wskutek procesu zapalnego (duże zmiany gruźlicze w płucach).



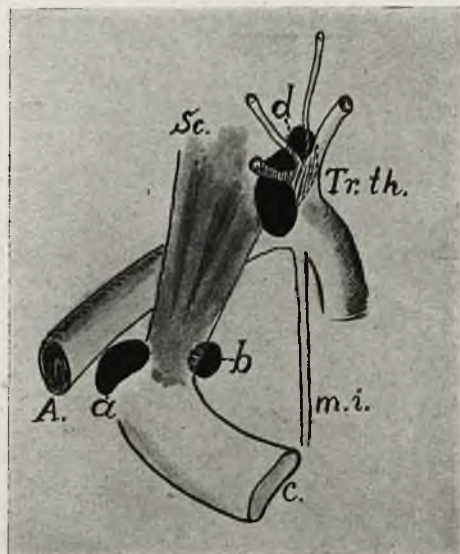
Rys. 8. Dwa bardzo małe gruczoły osklepkowe: jeden z nich środkowy drugi tylno przyśrodkowy.



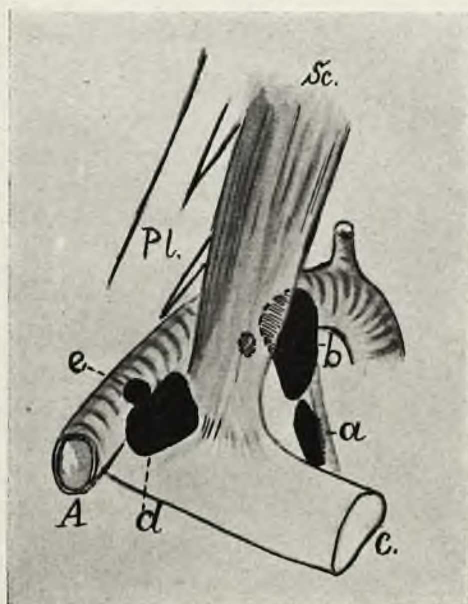
Rys. 9. Dwa gruczoły osklepkowe: **a** — przedni, **b** — tylno-przyśrodkowy.



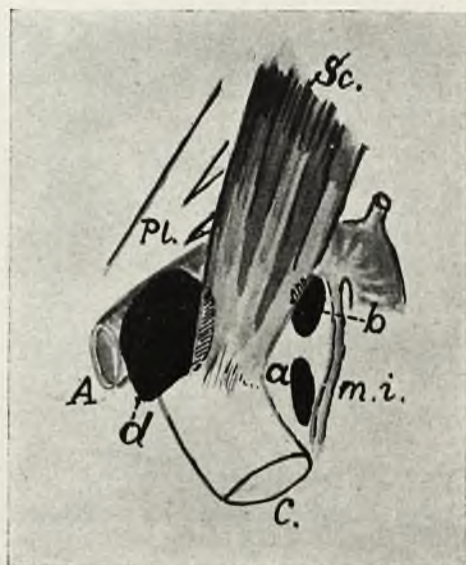
Rys. 10. Dwa gruczoły osklepkowe tylne: **a** — mniejszy, tylno-boczny, o wymiarach 0,5 × 0,5; **b** — znacznie większy, owalny, tylno-przyśrodkowy o wymiarach 2,0 × 1,0 × 0,75. Gruczoł tylno-boczny leży bardziej do przodu i częściowo wychodzi z pod mięśnia pochyłego przedniego szyi, gruczoł zaś tylno-przyśrodkowy leży bardziej do tyłu na tętnicy podobojczykowej i sutkowej wewnętrznej dotykając dolnym biegunem osklepka opłucnej.



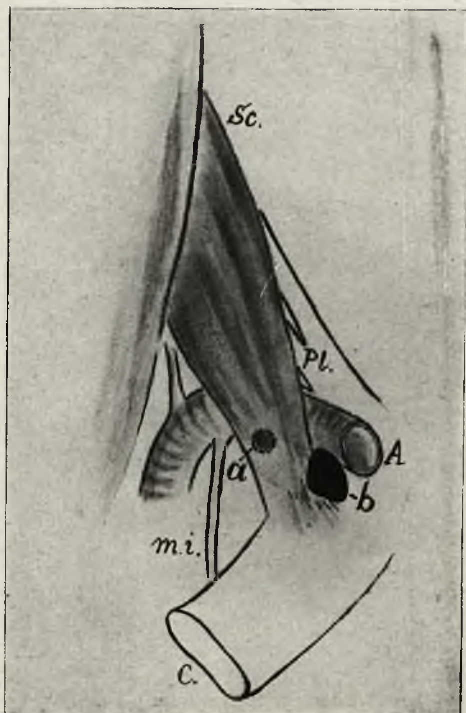
Rys. 11. **a** — gruczoł nażebrowy tylny; **b** — gruczoł osklepkowy tylno-boczny; ponadto widać jeszcze jeden gruczoł **d**, którego, ze względu na jego ułożenie topograficzne, nie można zaliczyć ani do gruczołów osklepkowych we właściwym tego słowa znaczeniu, ani do gruczołów innych ugrupowań, jakie są znane na szyi. Gruczoł ten **(d)** w części znajduje się pod mięśniem pochyłym przednim szyi **(Sc.)**, wciśnięty między ten mięsień, tętnicę podobojczykową oraz pień tętnicy tarczowo-karkowej **(Tr. th.)**, w części zaś wychyla się z pod mięśnia pochyłego, leżąc na jego przedniej powierzchni, przyciśnięty przez odgałęzienia tętnicy tarczowo-karkowej (truncus thyreo-cervicalis); dolnym biegunem nie dotyka osklepka opłucnej; jest duży, kształtu wydłużonego i posiada wyciski rynienkowate dla przylegających doń tętnic.



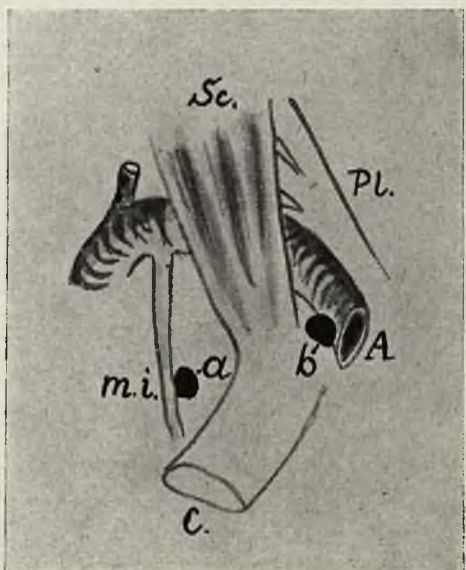
Rys. 12. Dwa gruczoły osklepkowe: **a** — przednio-środkowy długości 1,8 cm. przylega do tętnicy sutkowej wewnętrznej; **b** — tylno-przyśrodkowy o wymiarach 2,2 × 0,9 × 0,9 częściowo leży na tętnicy sutkowej wewnętrznej oraz tylnym tępym biegunem przylega do tętnicy podobojczykowej. Dwa gruczoły nażebrowe tylne z których jeden **(d)** ma kształty nieregularnej bryły o wymiarach 1,9 × 1,2 × 1,2, **drugi (e)** mały leży na nim i przylega do tętnicy podobojczykowej.



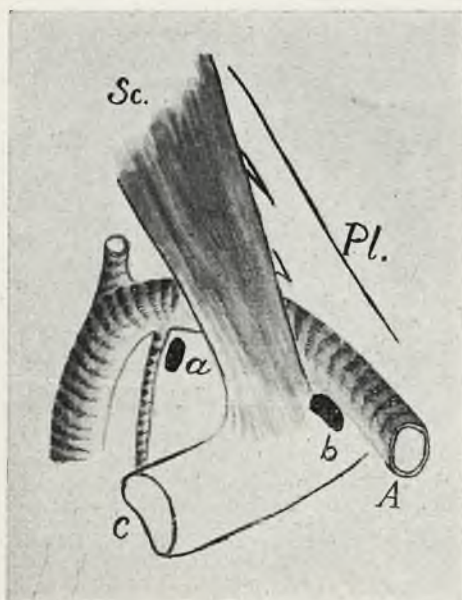
Rys. 13. Dwa gruczoły osklepkowe **a** i **b**. Gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy **b** długości 1,2 cm przylega tylnym biegunem do tętnicy podobojczykowej, gruczoł osklepkowy środkowy **a** kształtu wydłużonego długości 1,2 cm. leży bliżej tętnicy sutkowej wewnętrznej; **d** — gruczoł nażebrowy tylny, kształtu bryłowatego o wymiarach 2,2 × 1,5 × 1,2 jest częściowo wsunięty między mięsień pochyły przedni szyi a tętnicę podobojczykową.



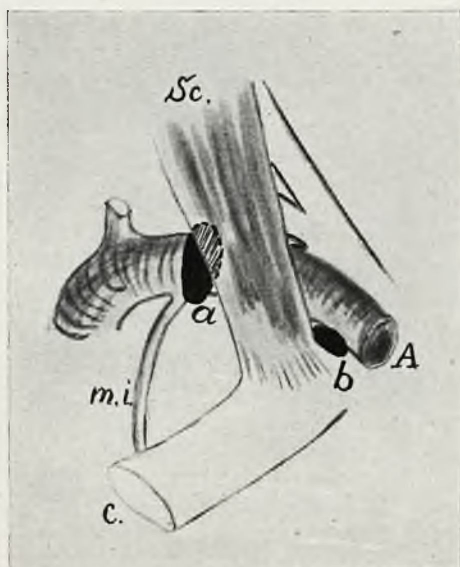
Rys. 14. **a** — gruczoł osklepkowy tylny, głęboko ukryty pod mięśniem pochyłym przednim szyi, częściowo wchodzi pod tętnicę podobojczykową; **b** — gruczoł nażebrowy tylny.



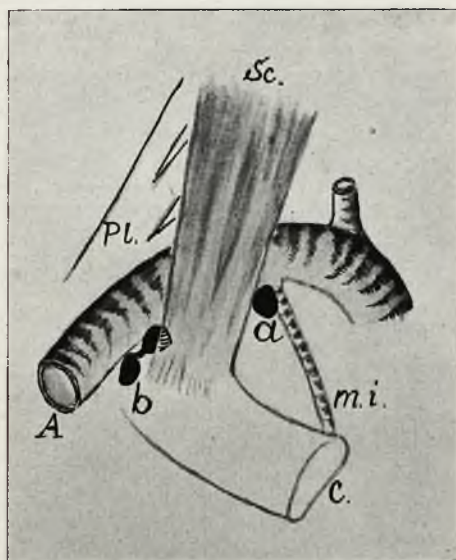
Rys. 15. Dwa małe gruczoły jeden **a** osklepkowy środkowy przylega do tętnicy sutkowej wewnętrznej, drugi **b** nażebrowy tylny częściowo wchodzi pod tętnicę podobojczykową.



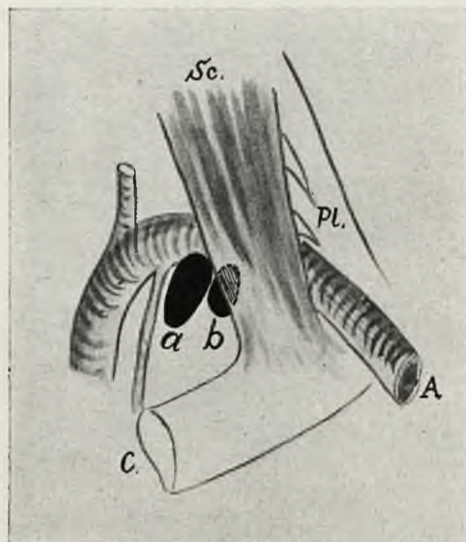
Rys. 16. Dwa gruczoły kształtu wydłużonego: **a** — osklepkowy tylno-przyśrodkowy; **b** — nażebrowy tylny, nieznacznie przylega do tętnicy podobojczykowej.



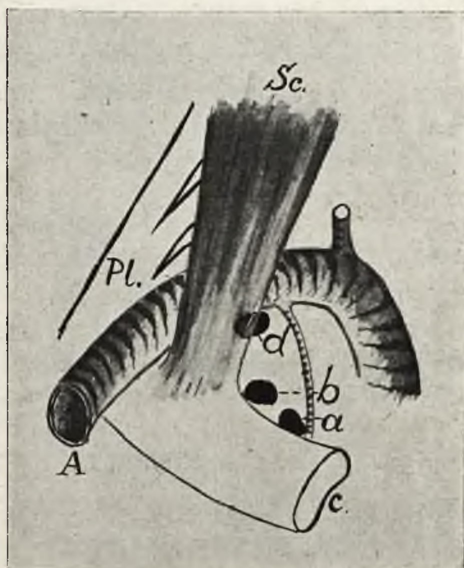
Rys. 17. Dwa gruczoły o odmiennym ułożeniu niż w poprzednim przypadku (rys. 16) jakkolwiek należą do tych samych grup. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy, dość duży, ułożony prawie pionowo, przylega tylną powierzchnią do tętnicy podobojczykowej, dotykając dolnym swym biegunem do osklepka opłucnej; **b** — gruczoł nażebrowy tylny, ułożony równolegle do tętnicy podobojczykowej, częściowo wsuwa się między tę tętnicę i mięsień pochyły szyi **(Sc.)**.



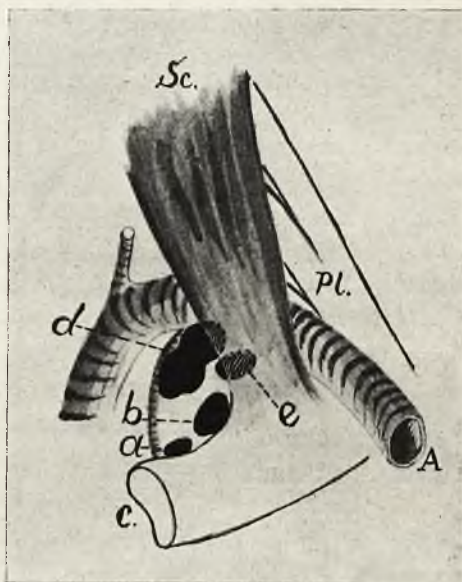
Rys. 18. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy leży ściśle w kącie zewnętrznym, utworzonym przez tętnicę podobojczykową i sutkową wewnętrzną; b — dwa gruczoły nażebrowe tylne przylegają do tętnicy podobojczykowej; jeden z nich leżący bardziej przyśrodkowo znajduje się w szczelinie utworzonej przez mięsień pochyły szyi i tętnicę podobojczykową.



Rys. 19. Dwa gruczoły osklepkowe tylne o dużych wymiarach i kształtach wydłużonych są ułożone równolegle do tętnicy sutkowej wewnętrznej. **a** — gruczoł osklepkowy tylno-przyśrodkowy (wymiary 1,6 × 0,8 × 0,6); **b** — gruczoł osklepkowy tylno-boczny (wymiary 1,0 × 0,6 × 0,4). Oba gruczoły przylegają tylnymi biegunami do tętnicy podobojczykowej.



Rys. 20. Przypadek trzech gruczołów osklepkowych prawych (kobieta lat 32). **a** — gruczoł osklepkowy przedni, **b** — środkowy, przylegający do wewnętrznego brzegu pierwszego żebra, **d** — tylnoprzyśrodkowy, przylegający do tętnicy podobojczykowej.



Rys. 21. Przypadek czterech gruczołów osklepkowych lewych u tej samej kobiety j. w. **a** — gruczoł osklepkowy przedni, **b** — środkowy, przylegający do wewnętrznego brzegu żebra oraz **e, d** — dwa gruczoły osklepkowe tylne: **e** — tylnoboczny; d — tylno-przyśrodkowy, bardzo duży z wrębami, ułożony jest równolegle do tętnicy sutkowej wewnętrznej i tylnym swym biegunem wchodzi pod tętnicę podobojczykową.

RÉSUMÉ.

Ganglions lymphatiques du dôme pleural et ganglions sur-costaux chez les adultes

par
H. Śledziewski.

Nos connaissances anatomiques du système lymphatique de l'Homme sont appuyées principalement sur les résultats des examens des cadavres des nouveau-nés et des nourrissons. Les résultats, obtenus de cette manière, sont admis comme dominants chez les adultes. Même les chirurgiens procèdent de cette façon bien qu'on rencontre souvent l'opinion que le système lymphatique est mieux développé chez l'enfant que chez l'adulte. C'est pourquoi certains auteurs tâchent d'affirmer les résultats de leurs recherches, réalisées sur les cadavres des enfants, par des examens des cadavres des adultes.

Dans mon travail précédent, appuyé sur l'examen de 24 cadavres des enfants à l'âge de 3 mois à 2 ans, et traitant des ganglions lymphatiques du dôme pleural et des ganglions sur-costaux en rapport avec la technique de l'ablation du sein cancereux, j'ai tiré une série de conclusions et de remarques concernant l'Homme adulte, bien que le matériel scientifique ait été restreint exclusivement aux cadavres des enfants. Pour éviter le reproche éventuel qu'on ne sait proprement pas jusqu'à quel dégré mes conclusions, concernant l'Homme adulte, sont justes — j'ai réalisé des recherches sur les cadavres de 66 personnages adul-

tes et elles concernent la fréquence de l'apparition des ganglions lymphatiques surcostaux et de ceux du dôme pleural, décrits pour la première fois par moi.

Les ganglions surcostaux ont été trouvés:

c h e z l e s h o m m e s:

du côté gauche dans 35%,
du côté droit dans 46%;

c h e z l e s f e m m e s:

du côté gauche dans 20%,
du côté droit dans 33%.

C'est ainsi que se présente la fréquence de l'apparition des ganglions sur-costaux. Si l'on peut juger sur les fondement des nombres cités, les ganglions discutés apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

La quantité des ganglions sur-costaux dans des cas particuliers se présente de façon suivante:

c h e z l e s h o m m e s:

du côté gauche on a trouvé dans 7 cas à 1 g. sur-costal,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 8 cas à 1 g. sur-costal,
du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. sur-costaux;

c h e z l e s f e m m e s:

du côté gauche on a trouvé dans 4 cas à 1 g. sur-costal,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 2 gg. sur-costaux,
du côté droit on a trouvé dans 8 cas à 1 g. sur-costal,
du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. sur-costaux.

Il faut remarquer que dans des cas particuliers les ganglions surcostaux apparaissent chez les enfants dans un nombre plus petit que chez les adultes.

Les ganglions du dôme pleural ont été trouvés:

c h e z l e s h o m m e s:

du côté gauche dans 66%,
du côté droit dans 55%;

c h e z l e s f e m m e s:

du côté gauche dans 28%,
du côté droit dans 28%.

Il semble certain que les ganglions du dôme pleural apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes et les enfants.

La quantité de ganglions du dôme pleural dans des cas particuliers se groupe de façon suivante:

c h e z l e s h o m m e s:

du côté gauche on a trouvé dans 12 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 6 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 12 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 3 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. du dôme pleural;

c h e z l e s f e m m e s:

du côté gauche on a trouvé dans 6 cas à 1 g. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 3 cas à 2 gg. du dôme pleural,
du côté gauche on a trouvé dans 1 cas 4 gg. du dôme pleural (!) Fig. 21,

du côté droit on a trouvé dans 7 cas à 1 g. du dôme pleural,

du côté droit on a trouvé dans 2 cas à 2 gg. du dôme pleural,

du côté droit on a trouvé dans 1 cas 3 gg. du dôme pleural (!) Fig. 22.

Bien que les ganglions du dôme pleural apparaissent plus souvent chez les hommes que chez les femmes et les enfants, dans des cas particuliers ils apparaissent chez les femmes dans un nombre plus grand que chez les hommes et les enfants.

Dans les calculs cités plus haut on a tenu compte séparement de l'apparition des ganglions du côté gauche et séparement — du côté droit parce que ce n'est pas toujours que les ganglions apparaissent symmétriquement. On le voit sur l'exemple des ganglions du dôme pleural (comp. les tables *A* et *B)*. Le calcul de la fréquence générale de l'apparition des ganglions du dôme pleural, c'est-à-dire sans tenir compte de la division en sexe et en côtés, est cependant juste aussi. Comme il résulte donc des tables *(A* et *B)*, dans 36 cas sur 65 on a constaté l'apparition des ganglions du dôme pleural, ce qui fait 55%. D'où la conclusion: *les ganglions du dôme pleural apparaissent plus que dans la moitié des cas.* On a l'impression que les ganglions du dôme pleural apparaissent chez les adultes pas seulement en plus grand nombre, mais aussi plus souvent, car le calcul du matériel, réçu des examens des cadavres des enfants, donne la fréquence générale de l'apparition des ganglion du dôme pleural — 29%.

Encore un détail reste à discuter et notamment la grandeur et la forme des ganglions; la revue des desseins cités donne une image nette de ce problème.

Dans le présent travail on a temu surtout à constater que les ganglions du dôme pleural et les ganglions sur-costaux apparaissent pas seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes, et à souligner à cause de cela que les conclusions pratiques dans mes travaux précédents, appuyées sur l'examen des cadavres des enfants, sont justes dans toute leur étendue, par rapport aux adultes.

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie
Ordynator *Dr Jerzy Jasieński.*

Przypadek ropnia śledziony

podał
Dr Roman Wolański.

W piśmiennictwie chirurgicznym polskim lat ostatnich pośród dość licznych doniesień poświęconych chirurgii śledziony znajdujemy jedną tylko drobną wzmiankę dotyczącą jej ropni. *Płońskier* w artykule p. t. „O topograficznej współzależności niektórych zmian anatomopatologicznych w śledzionie i żołądku", opisując cztery przypadki sekcyjne wrzodu względnie raka żołądka drążącego do śledziony, wspomina również o tym, że spostrzegał podczas badania pośmiertnego przypadek rozmiękającego zawału dolnego bieguna śledziony, który wystąpił w przebiegu wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. W przypadku tym, mimo zniszczenia torebki śledziony i przejścia sprawy ropnej do worka śledzionowego, nie doszło do zapalenia otrzewnej całej

jamy brzusznej. Tocząca się w śledzionie sprawa ropna może przez dłuższy czas pozostawać odgraniczona od reszty jamy brzusznej; fakt ten tłumaczy *Płońskier* warunkami anatomicznymi, więzadło przeponowo-okrężnicze, podtrzymujące od dołu śledzionę, zamyka bowiem niejako worek, w którym ten narząd spoczywa.

Sprawa ropni śledziony, jak to słusznie podniósł w roku 1926 na Międzynarodowym Zjeździe Chirurgów w Rzymie *Henschen,* jest dotychczas traktowana po macoszemu, prawdopodobnie wskutek względnej rzadkości występowania schorzenia, mimo iż wczesne jego rozpoznanie i leczenie jest kwestią niezmiernie żywotną. Podręczniki poświęcają ropniom śledziony bardzo niewiele miejsca, przy czym nie wszystkie rozwiązują zagadnienie ich leczenia. To też przy sposobności omawiania niedawno operowanego przypadku, uważam za celowe obszerniej poruszyć tę sprawę.

Historia choroby naszej chorej P. W., lat 27, przedstawia się następująco: Wywiady rodzinne bez znaczenia. Przed szesnastu laty przechodziła zapalenie stawów; od tego czasu miewa dolegliwości sercowe. Jak podaje przed rokiem przeszła zapalenie opon mózgowych. Od dwu lat miewała bóle w prawym podżebrzu o charakterze napadowym, powtarzające się w odstępach kilkumiesięcznych. Ostatni napad bólów wystąpił w miesiąc po porodzie, przy czym towarzyszyła mu żółtaczka i wysoka gorączka. W ciągu kilku tygodni przebywała na oddziale wewnętrznym; skarżyła się na kłucie w okolicy serca, gniecenie w dołku podsercowym i podżebrzu prawym. Ze względu na dodatni odczyn dwuazowy w moczu, myślano początkowo o durze brzusznym, jednakże odczyn Widala dał wynik ujemny. Chora wysoko gorączkowała, miewała dreszcze, bóle głowy, była silnie osłabiona i traciła na wadze. Z krwi wyhodowano enterokoki, wobec czego rozpoznano ogólne zakażenie krwi, pozostające w związku ze schorzeniem woreczka żółciowego. W stanie znacznej poprawy opuściła oddział na własne żądanie. Zgłosiła się jednak ponownie już po upływie dwu tygodni z powodu krwawienia z dziąseł i nosa oraz wysokiej gorączki.

Przy przyjęciu stwierdzono: Chora wzrostu średniego, wątła, źle odżywiona. Skóra i śluzówki wybitnie blade. Gruczoły chłonne szyjne i gruczoł tarczykowy nie powiększone. Klatka piersiowa oddechowo słabo ruchoma. Wypuk nad płucami jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe. Lewa granica stłumienia serca dochodzi do przedniej linii pachowej, prawa znajduje się w odległości 4 cm od brzegu mostka. Nad koniuszkiem serca słyszalny silny szmer skurczowy, nad tętnicami główną i płucną — szmer rozkurczowy. Akcja serca przyśpieszona; tętno 108 uderzeń na minutę, miarowe, średnio napięte. Ciśnienie krwi 150/60 RR. Rentgen wykazał delikatne jednostajne zacienienie części przywnękowej prawego płuca, jako prawdopodobne zejście przebytego zawału lub zapalenia płuc. Serce znacznie powiększone, ułożone poziomo, posiada konfigurację aortalno-mitralną.

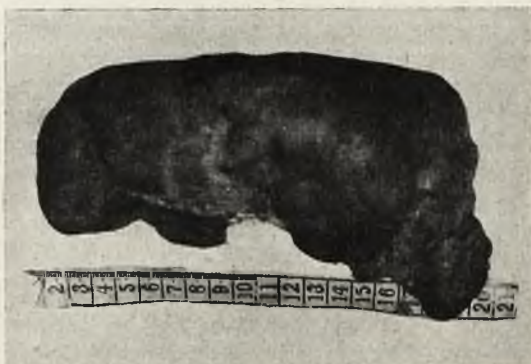
Brzuch był wysklepiony prawidłowo. Dolny brzeg wątroby sięgał na 5 palców poniżej łuku żebrowego; powierzchnia jej była gładka, twarda, bolesna. W lewym podżebrzu, w miejscu odpowiadającym śledzionie, wyczuwało się guz dość twardy, gubiący się pod łukiem żebrowym, o równej powierzchni, oddechowo ruchomy, na ucisk tkliwy. W moczu stwierdzono: 1% białka, w osadzie zaś do 20 krwinek w polu widzenia, 3 do 5 leukocytów, pojedyńcze wałeczki szkliste i ziarniste. We krwi stwierdzono 2984000 krwinek, 43,3% hemoglobiny, wskaźnik 0,8. Liczba ciałek białych — 4,950. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonnych 52%, kwasochłonnych 2%, limfocytów 43% i ciałek jednojądrzastych 3%. Czas krwawienia 5½ minuty; początek krzepnięcia po 14 minutach, koniec po 17 minutach. Objaw opaskowy wybitnie dodatni. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi była znacznie przyspieszona: po 1 godzinie 147 mm, po 2 godzinach 155 mm. W stolcu znaleziono krew utajoną. Chora gorączkowała do 39°.

Guz, stwierdzony w podżebrzu lewym, z dnia na dzień się powiększał, a równocześnie z tym powiększała się anemia i pogarszał stan ogólny chorej. Przeprowadzone badanie urologiczne wykazało, że guz nie pozostaje w związku z lewą nerką. Podejrzewając ropień śledziony, zaproponowano chorej zabieg operacyjny, na który zgodziła się dopiero po dwutygodniowym namyśle. Badanie przeprowadzone przed zabiegiem wykazało, że guz, znajdujący się w lewej części brzucha, posiada już wielkość głowy dziecka, w górze gubi się pod łukiem żebrowym, w dole sięga do talerza biodrowego, ku wewnątrz zaś dochodzi do linii środkowej

ciała. Przy ucisku na okolicę lędźwiową guz unosił się ku przodowi. Guz miał kształt obły, spoistość niejednolicie twardą i nierówną powierzchnię, był nieruchomy oddechowo, a na ucisk tkliwy. Wątroba, znajdująca się 4 palce poniżej łuku żebrowego, posiadała brzeg ostry i nie była bolesna przy ucisku. Przepona wysoka ustawiona, gorzej ruchoma, zwłaszcza po stronie prawej. Dolne części płuc zagęszczone, serce znacznie powiększone, leżące. W moczu ślad białka, nieliczne krwinki czerwone, wałeczki szkliste i ziarniste oraz dość liczne leukocyty. We krwi stwierdzono 2,500.000 krwinek, 20,000 leukocytów, 40% hemoglobiny, wskaźnik 0,8. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonnych segmentowanych 61%, pałeczkowatych 17%, młodych 2%, kwasochłonych 1%, limfocytów 12% i jednojądrzastych 7%. Czas krwawienia 10 minut, czas krzepnięcia 9 minut. Krwinki były blade; stwierdzono mierną anizo- i poikylocytozę.

Z rozpoznaniem ropnia śledziony przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(Dr Jasieński),* który przeprowadzono w uśpieniu sennarkolowym. Cięcie powłok skośne, równoległe do łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że mamy do czynienia ze śledzioną olbrzymich rozmiarów, chełbocącą, wyglądającą jak jeden wielki worek wypełniony ropą. Powierzchnia śledziony nie była zrośnięta z otrzewną ścienną powłok brzusznych; mocne zrosty zespalały natomiast górny jej biegun z wątrobą i przeponą, a okolicę wnęki z żołądkiem i poprzecznicą; do przedniego brzegu śledziony przylegał ściśle mocno doń przyklejony brzeg sieci. Po osłonięciu wolnej jamy brzusznej kompresami usiłowano odsłonić wnękę śledziony, przecinając między dwiema podwiązkami zdrowe partie sieci zdala od zewnętrznego brzegu narządu; mimo wszelkich jednak ostrożności otwarto przy tym ropień okołośledzionowy. Jakkolwiek wylała się znaczna ilość ropy — rozmiary śledziony wcale się nie zmniejszyły, wobec czego otwarto również ropień śledziony, nacinając zewnętrzną jej powierzchnię w miejscu, w którym ropień wydawał się znajdować najbliżej torebki. Powstało jednak wtedy tak znaczne krwawienie, że, ze wskazań życiowych, w ciągu niewielu minut musiano wykonać splenektomię, wyłaniając narząd po rozdzieleniu na tępo mocnych jego zrostów z przeponą i wątrobą i podwiązaniu naczyń wnęki. Zrosty z żołądkiem, bardzo rozległe i mocne, oddzielono tuż przy ścianie żołądka. Łożysko śledziony sączkowano, wyprowadzając sączki w tylnym biegunie rany, po czym częściowo warstwowo zeszyto powłoki.

Wydobyta w czasie zabiegu operacyjnego śledziona o wymiarach 20 do 10 cm miała wygładzone brzegi i słabo zaznaczone wręby. Była barwy ciemno brunatnej; powierzchnię jej pokrywały liczne naloty włóknikowe, grubiej nawarstwione w miejscach ciemnych plam. W obrębie wnęki znajdowała się duża nieregularna jama, wypełniona częściowo przez masy serowate. Ściany jej były pokryte strzępami nekrotycznymi. Na przekroju miąższ śledziony posiadał pstrą barwę. Obok różnej wielkości ciemno - czerwonych oraz rdzawych klinów, których podstawa była zwrócona ku





Usunięta śledziona.

powierzchni śledziony, widać było również różnokształtne ogniska szaro-żółte, przy czym niektóre z nich posiadały kształt smug nieregularnych. Zarówno w obwodowych, jak i w środkowych partiach śledziony, stwierdzono ponadto obecność szeregu jam kulistych różnych rozmiarów, wielkości od ziarna pieprzu do orzecha włoskiego, wypełnionych przeważnie przez serowate masy. Światło kilku większych jam przywnękowych wypełniały częściowo oddzielone od reszty miąższu nieregularne jego odcinki, posiadające powierzchnię gładką (sekwestry).

Badanie mikroskopowe wykazało wybitne zatarcie rysunku śledziony; zmiany dotyczyły głównie miazgi i ciałek Malpighiego. Poszczególne beleczki były dość dobrze utrzymane tylko w partiach obwodowych śledziony, natomiast w centralnych pozostały z nich nieliczne tylko fragmenty.

We wszystkich preparatach, pochodzących z różnych odcinków śledziony, stwierdzono obecność starych zawałów krwawych, przedstawiających różne okresy zejścia sprawy; w jednych bowiem miejscach był zaznaczony wyraźnie proces organizacji, bujanie obfitej młodej tkanki łącznej, w innych natomiast można było jeszcze wyróżnić wylewy krwawe, jeszcze w innych znajdywano złogi hemosyderyny pośród skąpej komórkowej tkanki łącznej; przeważał proces martwiczy. Nieregularnie porozrzucane pośród miąższu śledziony szczeliny różnokształtne i różnej wielkości jamy, były wypełnione przez masy bezpostaciowe, otaczały je zaś słabo barwiące się rozpadające komórki miąższu. Proces martwiczy był najdalej posunięty w okolicy przywnękowej.

Chora straciła stosunkowo dużo krwi, to też bezpośrednio po zabiegu wykonano dożylną infuzję kropelkową, obawiając się ze względu na stan serca i nerek przetaczania krwi. W ciągu pierwszych trzech dni z rzędu wprowadzono domięśniowo po 100 cm „peritosanu", aby zapobiec wystąpieniu zapalenia otrzewnej. Surowica mieszana okazała się skuteczna, mimo iż z ropy pobranej w czasie zabiegu do badania otrzymano czystą hodowlę paciorkowca. Brzuch przedstawiał się zupełnie prawidłowo, był płaski, wiatry odchodziły samoistnie. W czwartym dniu odstawiono podawane w dużych ilościach środki nasercowe. Stan chorej poprawiał się z dnia na dzień. Podczas gdy nazajutrz po zabiegu ilość krwinek czerwonych spadła do 1.780.000, w czwartym dniu wynosiła już ponad 2 miliony, ilość wszakże hemoglobiny z 31% obniżyła się do 26%, a wskaźnik z 0.91 do 0.84. W białym obrazie krwi ilość neutrofilów wynosiła 86%, myelocytów 2%, normoblastów 2%, myeloblastów 10%. W szóstym dniu po zabiegu rozwarto ranę skórną i rozpoczęto podciągać sączki. W dziesiątym dniu wystąpił nagle zapad i chora po kilku godzinach zmarła.

Na sekcji stwierdzono obecność wolnego płynu ropnego w jamie Douglasa. Łożysko po śledzionie było dobrze odgraniczone zrostami od reszty jamy brzusznej. Stwierdzono natomiast przebicie do brzucha ropnia, znajdującego się na górnej powierzchni prawego płata wątroby. Na przekrojach zaś wątroby przekonano się o tym, że miąższ jej zawierał niezliczone ilości drobnych ropni. Punktem wyjścia sprawy ropnej w wątrobie była kamica żółciowa. Wypełniony ropą, zgorzelinowy i przedziurawiony woreczek żółciowy zawierający kamienie, był oklejony siecią. Stwierdzono ponadto wybitne zmiany w sercu, powstałe w następstwie wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, dalej ślady po starych zawałach i drobne otorbione ropnie w nerkach, wykazujących rozległe zmiany marskie.

Nie ulega wątpliwości, że chorej nie można było uratować i że wskazania do splenektomii ustalono niewłaściwie. Gdyby chora o szereg miesięcy wcześniej dostała się do rąk chirurga z powodu schorzenia woreczka — być może nie przyszłoby zarówno do wytworzenia się mnogich ropni wątroby jak i ropnia śledziony.

Pierwszy *Lauenstein* ogłosił w roku 1882 przypadek ropnia śledziony wyleczonego operacyjnie, zwracając uwagę chirurgów na niecodzienne to schorzenie. W latach następnych *Ledderhose i Litten* poświęcili mu wyczerpujące prace. Od tego czasu mnożą się dalsze doniesienia kazuistyczne, bądź pojedyńcze, bądź oparte na stosunkowo dużym materiale. W roku 1905 *Küttner* zebrał z piśmiennictwa czterdzieści kilka przypadków i dołączył do nich dwa własne. *Tapie* do roku 1914 doszukał się w piśmiennictwie 164 przypadków, *Trinkas* zaś w roku 1934 mówi już o 200. W roku 1928 na Zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów w Waszyngtonie *Billings* podkreślał, że ropnie śledziony, choć nie dość często opisywane, nie należą bynajmniej do rzadkości. *Wallace* z Broken Hill w Południowej Ameryce uważa nawet schorzenie to za endemiczne dla tej miejscowości, spostrzegał bowiem w ciągu dwu lat 49 przypadków ropni śledziony, z których 19 rozpoznał i operował. Zdaniem *Weinerta* przypadki ropni śledziony znacznie są częstsze, niż się ogólnie przyjmuje. Znajdowane bynajmniej nie wyjątkowo na sekcjach stare blizny, zaciągnięcia powierzchni śledziony i ogniska zwapniałego miąższu narządu, świadczą o przebytych zawałach i wyleczonych ropniach.

Ropień śledziony przeważnie wikła wtórnie szereg schorzeń z zakresu medycyny wewnętrznej. Stąd też część tylko przypadków, i to przeważnie stosunkowo późno, dostaje się do chirurga.

Rzadko uraz bywa przyczyną powstawania ropnia. *Billings* oblicza, że ropnie pourazowe stanowią zaledwie 15% przypadków ropni śledziony. Drobnoustroje ropotwórcze mogą przedostać się od zewnątrz w przypadkach ran kłutych i postrzałowych śledziony. Bodaj częściej jednak spotykamy ropnie śledziony, powstałe w następstwie urazów tępych. Krwiak śledziony ulec może zakażeniu drogą krwionośną przez zarazki przygodnie krążące we krwi, względnie zostaje zakażony przez bakterie z przewodu pokarmowego. Zakażenie powstaje tym łatwiej, że wylew krwawy wskutek wywieranego na miąższ ucisku wywołuje niekiedy jego martwicę, względnie ulega martwicy oddzielona od torebki część śledziony, stając się dobrą pożywką dla zarazków ropotwórczych. Podkreślając możliwość tego rodzaju zejścia sprawy, *Smits* twierdzi, że tylko przez wykonanie w odpowiednim czasie splenectomii można nie dopuścić do wytworzenia się ropnia. Również ropnie śledziony spotykane w przebiegu zimnicy, zdaniem niektórych, najczęściej bywają pochodzenia urazowego. Z tym samym wreszcie mechanizmem zakażenia prowadzącego do zropienia, co w pourazowych wylewach krwawych śledziony, spotykamy się w przypadkach wtórnego zropienia pierwotnie jałowych jej zawałów i różnorodnych torbieli, w szczególności bąblowca śledziony.

Ropnie śledziony mogą też powstać wskutek przeniesienia się zakażenia, względnie bezpośredniego przejścia sprawy ropnej z sąsiedztwa. Punktem wyjścia sprawy bywają narządy sąsiednie, z których przenosi się ona bezpośrednio po zniszczeniu torebki na miąższ śledziony, jak się to niekiedy zdarza w przypadkach zapalenia otrzewnej żołądka przy wrzodzie drążącym lub raku żołądka, bądź poprzecznicy, względnie przy ropniu okołonerkowym lub ropniu wątroby; ropień śledziony jest w tych przypadkach wtórny. W niektórych przypadkach raka żołądka lub przebitych wrzodów, ropień powstaje w następstwie wytworzenia się zakrzepów w naczyniach śledziony. Znane są też przypadki, w których ciała obce, zwłaszcza ości, wskutek przedziurawienia ściany żołądka lub poprzecznicy, stały się przyczyną powstania ropnia śledziony.

We wszystkich pozostałych przypadkach ropnie śledziony są pochodzenia przerzutowego i powstają w następstwie przeniesienia zarazków drogą krwi lub chłonki. Niektórzy twierdzą, że zawsze są one schorzeniem wtórnym i że pomijając przypadki zranienia śledziony, nie znamy z piśmiennictwa przypadku pierwotnego jej ropnia, gdyż prawie zawsze można wykazać źródło zakażenia. Występują one w śledzionach dotkniętych ostrym obrzękiem zapalnym, towarzyszącym szeregowi chorób zakaźnych, w przebiegu zapalenia wsierdzia, posocznicy, duru brzusznego i powrotnego.

Choroby zakaźne są częstym tłem schorzenia. *Billings* oblicza, że 14% przypadków ropni śledziony powstaje w przebiegu duru brzusznego i zimnicy, *Smits* — że dur powrotny, przy którym istnieje szczególna skłonność do powstawania zawałów, jest przyczyną 40% tych ropni. *Berg* spotykał ropnie śledziony u 0,25% chorych tyfusowych. Nie zawsze w tych przypadkach ropień bywa wywołany przez zakażony zator, bądź też powstaje w miejscu jałowego zawału śledziony, zakażonego wtórnie. Również ogniska krwotoczne śledziony dotkniętej ostrym obrzękiem mogą ulec zropieniu, dając początek ropniom śledziony. Zdaniem *Kaufmanna* ropnie potyfusowe nie występują w następstwie za-

wałów, lecz wytwarzają się w ogniskach rozpadowych, powstałych w następstwie zaburzeń krążenia i pod wpływem czynników toksycznych.

Najczęściej bodaj powstają ropnie śledziony w miejscach zakrzepów i zatorów, jako ogniska przerzutowe z innych ognisk ropnych znajdujących się w ustroju. Spotykamy je bądź w przypadkach brodawkowategc czy wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, bądź też przy wrzodziejących zmianach ateromatycznych tętnicy głównej, rzadziej w przypadkach ropni płuc, wreszcie w przebiegu posocznicy. Zatory pochodzą przeważnie z lewego serca, rzadziej z tętnicy głównej, względnie z zakażonych ognisk płucnych. Chodzi bądź o zakaźne zakrzepy makro- czy mikroskopowe, względnie mikro-embolie bakteryjne (same tylko zarazki mogą być bowiem zawleczone z krwią do śledziony), bądź o zakrzepy jałowe, prowadzące do powstania zawałów, które wtórnie ulegają zropieniu. Charakter krążenia w śledzionie — gwałtowne przejścia szerokich naczyń jej miąższu w wązkie kapilary, a więc wielkie różnice szerokości świateł sąsiednich naczyń, stwarzają dogodne warunki dla powstawania zatorów. Zarazki chorobotwórcze dostają się do śledziony najczęściej drogą krwi; zakażenie zawałów może wszakże nastąpić nietylko z krążenia małego, lecz i z przewodu pokarmowego drogą krwi żylnej z zasięgu żyły wrotnej, bądź też zarazki przedostają się drogami chłonnymi z jelita, miedniczki nerkowej lub gruczołów wnęki nerki. Podnieść wszakże należy, że nie każdy zawał śledziony ulega zropieniu, ropnie śledziony są bowiem bezwzględnie rzadsze od zawałów. Zawał zakaźny wywołuje powstanie procesu zapalnego w pewnym odcinku śledziony i jej otoczeniu i nieuchronnie prowadzi do powstania ropnia. Według *Billingsa* 14% przypadków ropni śledziony występuje jako powikłanie zapalenia wsierdzia i jest następstwem zropienia zawału. Bynajmniej nie rzadziej spotykano ropnie śledziony w przebiegu schorzeń septycznych i innych chorób zakaźnych: przy czyraku, zastrzale, wągliku, zapaleniu ucha środkowego, zakażeniu połogowym, przy złamaniach otwartych zakażonych, gośćcu wielo-stawowym, w przebiegu błonicy, ospy, dżumy, czerwonki, grypy, a nawet w przebiegu gnilca i leukemii.

Znane są również przypadki ropni śledziony, powstałe w następstwie jej skrętu. Podnoszono, że skręt wnęki śledziony usposabia do powstania zawału, a niedomoga krążenia stać się może powodem wytworzenia się skrzepu w żyłach śledziony.

W wyjątkowych wreszcie przypadkach nie udało się wykazać przyczyny schorzenia. Dawniej przyjmowano w tych przypadkach za tło ropnia, sprawy natury nieokreślonej, jak przeziębienie, uraz, upadek na brzuch, a nawet nadmierny wysiłek. Teoria pierwotnych ropni śledziony nie znalazła jednak należytego wytłumaczenia i dziś liczba ropni o nieznanej etiologii wobec dokładnego zbierania wywiadów i obserwacji chorego jest istotnie bardzo mała.

W zależności od schorzenia podstawowego, poszczególne ropnie śledziony były wywołane przez różne zarazki; spotykano mianowicie: gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, prątki okrężnicy, durowe, względnie zakażenie mieszane, a nawet znajdowano w ropie ameby. Niejednokrotnie, zwłaszcza w przypadkach w których ropień śledziony powstał w miejscu białego zawału, nie wykazano obecności żadnych bakterii *(Monod, Litten, Kölliker, Lauenstein* i in.); jakkolwiek ropa była jałowa, mimo to posiadała własności toksyczne *(Küttner)*.

Zarówno ilość, jak i rozmiary znajdowanych w poszczególnych przypadkach ropni, były bardzo różne. Spotykano bądź ropnie

pojedyńcze, bądź mnogie. Niekiedy narząd bywał usiany olbrzymią ilością drobniutkich ropni, przy czym małe te ogniska, rozszerzając się i zlewając ze sobą, dawały początek większym ropniom. Niektórzy twierdzą, że zwykle początkowo chodzi o drobne ropnie mnogie z czasem zlewające się ze sobą. Zwłaszcza septyczne zakażenia połogowe często prowadzą do powstania mnogich drobnych ropni w śledzionie, różnej wielkości i usadowionych w różnych miejscach; cechują się one przy tym szybkim rozpadem tkanki śledzionowej. Często spotykano liczne folikularne ropnie ciałek Malpighiego. Ropień powstały w następstwie zatoru — zaczopowania naczyń, bywa zwykle ograniczony; w następstwie wszakże obumierania miąższu narządu powstać również może sprawa rozlana — *splenitis suppurativa.* W miejscach zawałów powstać mogą ropnie bądź pojedyńcze, bądź mnogie. Ropień w miejscu zawału powstałego wskutek zamknięcia większego naczynia posiada duże rozmiary; wskutek zamknięcia naczyń włosowatych występują ropnie prosówkowe. Większość spotykanych w czasie zabiegu i na sekcjach ropni, odpowiednio do wielkości narządu, posiadała małe stosunkowo rozmiary; wahały się one w granicach od orzecha laskowego do jaja kurzego. Znajdowano jednak sporadycznie i znacznie większe ropnie, powstałe przez połączenie ze sobą kilku zropiałych zawałów. W wyjątkowych wreszcie przypadkach narząd przekształcał się w worek, zawierający wiele litrów ropy. W przypadku *Muchanowa* pojemność ropnia wynosiła 5 litrów.

Poszczególne jamy bywają wypełnione ropą pośród której pływają resztki miąższu. Tocząca się w śledzionie, w odróżnieniu od innych narządów miąższowych, sprawa ropna ma przeważnie charakter martwiczy z wytwarzaniem się wolnych martwaków. Ropa oddziela większe lub mniejsze odcinki miąższu. Proces ten spotykamy w śledzionie tak często, iż niektórzy autorzy twierdzą, że charakter ropy wydobytej przy nakłuciu posiadać może wprost znaczenie rozpoznawcze. Częstość wszakże spotykanych, jako domieszki do ropy, martwaków śledziony według różnych autorów bywa różna; według zestawienia *Grand Mourscha* znajdowano je w 14% przypadków, w materiale *Littena* — w 33%, w zestawieniu *Küttnera* — w 37%, w materiale *Wildegansa* i *Grüneisena* — 40%, *Finkielsteina* — w 54% przypadków.

Znane są również w starym piśmiennictwie przypadki, w których cała zropiała i nekrotyczna śledziona, wolna jak martwak, pływała w lewostronnym ropniu podprzeponowym.

Objawy kliniczne ropnia śledziony mogą wystąpić bądź w przebiegu schorzenia które dało mu początek, bądź też zjawiają się dopiero w kilka tygodni, a nawet w jeden do dwu lat po zakażeniu pierwotnym. Są one bardzo różnorodne. Schorzenie rozpoczyna się ostro, bądź też nie ma ostrego początku i niejasne objawy utrzymują się w ciągu dłuższego czasu. W przypadkach, w których ropień śledziony występuje w przebiegu, względnie w okresie rekonwalescencji po dopiero co przebytej chorobie zakaźnej — spotykamy ciężki obraz kliniczny chorego. Stwierdzamy wysoką gorączkę, przeważnie o typie zwalniającym, niekiedy, w początkowym okresie zwłaszcza, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, połączone z wymiotami, wybitne wychudzenie i ogólne osłabienie, wysoką leukocytozę obok samoistnych bólów i bolesności uciskowej okolicy lewego podżebrza. Gorączka hektyczna, dreszcze, poty brak łaknienia, biegunki, wychudzenie i gwałtowny spadek sił składają się na obraz, który nazywano dawniej „*phtisis lie-*

nalis". Niekiedy objawy miejscowe silniej bywają zaznaczone: występują kłujące bóle w lewym podżebrzu, po pewnym zaś czasie spostrzegamy powiększenie się stłumienia śledziony, ostry obrzęk śledziony, względnie obecność guza w lewym podżebrzu, a nawet i obrzęk części miękkich i chełbotanie. Objawy miejscowe zależne są w pierwszym rzędzie od usadowienia i wielkości ropnia, dalej od tego czy sprawa ropna toczy się wyłącznie wewnątrz narządu, czy też przeszła już na otoczenie. Bóle wzmagają się, a bolesność uciskowa nasila w tym okresie, gdy ropień dosięga torebki śledziony, względnie, przebijając ją, rozszerza się pośród sąsiednich tkanek. Występują przy tym objawy podrażnienia otrzewnej: bolesność brzucha, napięcie powłok, nudności, wymioty, czkawka. Ropień może nie dawać żadnych wyraźnych objawów jeśli nie przechodzi na torebkę. Jeśli zaś przechodzi na torebkę, otrzewnę lub przeponę, daje objawy zapalenia otrzewnej lub opłucnej, a nawet objawy ropniaka opłucnej.

Wytwarzanie się dużych ropni, względnie powiększanie się ropni małych, znajdujących się w pobliżu powierzchni narządu, pociąga zwykle za sobą zlepianie się śledziony z narządami sąsiednimi, co prowadzi niekiedy do przebicia ropnia bądź do jamy brzusznej, bądź do sąsiednich narządów. Zwłaszcza ropnie znajdujące się w obwodowych partiach śledziony prowadzą do procesu zapalnego dokoła śledziony *(perisplenitis)* w następstwie czego powstają zrosty, zespalające śledzionę z narządami sąsiednimi. Przedziudrawienie ropnia prowadzi do powstania ropnia około-śledzionowego; jeśli zaś następuje ono w miejscu, w którym nie wytworzyły się jeszcze silne zrosty, przyjść może do ograniczonych ropni wśródbrzusznych, względnie zapalenia otrzewnej. Wprawdzie, już z chwilą gdy ropień zbliża się ku powierzchni śledziony, powstaje proces zapalny w jej torebce, wytwarzają się zrosty otrzewnowe, odgraniczające od wolnej jamy brzusznej miejsce, w którym ropień grozi przebiciem i zespalające narząd mocno z sąsiednimi narządami, przeponą względnie powłokami. Ze względu też na to, że powierzchnia ropni w większości przypadków wytwarza zlepy z sąsiednimi narządami, niektórzy dziś jeszcze twierdzą, że pęknięcia ropnia do wolnej jamy brzusznej nie należy się prawie obawiać *(Weinert)*. Inni autorzy podają, że, w przeciwieństwie do stosunkowo często spotykanego samoistnego pęknięcia obrzękłej śledziony w przebiegu duru brzusznego lub powrotnego, tego rodzaju zejście sprawy w przypadkach toczącej się w śledzionie sprawy ropnej, ze względu na wytwarzanie się mocnych zrostów z otoczeniem, należy do rzadkości. Że tego rodzaju ujęcie sprawy nie jest zupełnie ścisłe, świadczą o tym przypadki zapalenia otrzewnej, ogłoszone przez *Kerniga, Harmana, Petrowskiego* i innych. W przypadku *Rollera* chory zgłosił się w trzecim tygodniu od chwili wystąpienia pierwszych dolegliwości brzucha, przy czym rozpoznano przedziurawienie wrzodu żołądka, przy zabiegu zaś stwierdzono pęknięcie pięciokrotnie powiększonej śledziony, całkowicie zropiałej. W przypadku *Miani* ropne zapalenie otrzewnej powstało w następstwie przebicia jednego z licznych ropni śledziony, jakie wytworzyły się w miejscach zawałów. Również w przypadkach *Maya, Savoia, Vasiliu* i *Muresana* stwierdzono przy zabiegu rozlane ropne zapalenie otrzewnej, wywołane przez pęknięcie ropnia śledziony. Zwłaszcza powstawanie dużych ropni, mimo wytwarzania się zlepów śledziony z sąsiednimi narządami, prowadzi niejednokrotnie do przebicia ropnia śledziony do sąsiednich narządów lub do wolnej jamy brzusznej. W czasach gdy nie operowano jeszcze ropni śledziony, częściej znacznie

niż dziś spostrzegano poważne te powikłania, związane z przeniesieniem się sprawy ropnej ze śledziony na jej otoczenie. I dziś wszakże, wskutek nasuwających się trudności rozpoznawczych we wczesnych przypadkach, powikłania te nie należą bynajmniej do rzadkości.

Zrosty i zlepy około-śledzionowe istotnie bywają niekiedy tak mocne, że można jednoczasowo otworzyć ropień bez obawy otwarcia jamy brzusznej. Z drugiej znów strony sprawiają one, że ropień nie otwarty przez chirurga we właściwym czasie może przebić do narządów sąsiednich: żołądka, kiszki grubej, miedniczki nerkowej, lewej przepony, opłucnej lub oskrzela.

Rzadko stosunkowo, przeważnie w przypadkach w których nie rozpoznano na czas wychodzącego ze śledziony ropnia podprzeponowego, przychodzi do przebicia ropnia do opłucnej. Tak np. w przypadku *Ferrari* wystąpienie zapalenia lewej opłucnej poprzedzał najpierw lewo-, potem prawostronny ropień podprzeponowy. Mimo braku wszakże przebicia w ścisłym tego słowa znaczeniu — z lewostronnym wysiękiem opłucnowym spotykamy się stosunkowo często. Ropne zapalenie opłucnej wikłało np. ropień śledziony w 40% przypadków spostrzeganych przez *Wildegansa.* Schorzenie lewej opłucnej stanowi tak częste powikłanie ropni śledziony, iż niektórzy przypisują mu ważne znaczenie rozpoznawcze. W szeregu wszakże przypadków wysięk opłucnowy wydawał się być schorzeniem pierwotnym i jedynym, to też raczej utrudniał rozpoznanie, zamiast je ułatwiać.

Zejście więc sprawy w nieleczonych operacyjnie w odpowiednim czasie przypadkach, w których ropień śledziony, choć powstały wtórnie, był schorzeniem jedynym, względnie jedynie groźnym, przeważnie bywało niepomyślne. Do wyjątków należy samowyleczenie kliniczne drobnego ropnia śledziony, powstałe wskutek zagęszczenia się ropy i otorbienia ropnia. O możliwości podobnego pomyślnego zejścia sprawy świadczą sporadyczne spostrzeżenia sekcyjne. Rzadko też występuje samoistne przebicie się ropnia na zewnątrz przez powłoki brzuszne.

Rozpoznanie bywa w większości przypadków trudne. Centralnie ułożone drobne ropnie śródmiąższowe, rozwijające się powoli, przez długi czas nie dają wyraźnych objawów i mogą przebiegać skrycie. W przeciwieństwie do nich ropnie szybko powiększające się, powstałe wskutek zropienia licznych zawałów, względnie zlania się ze sobą poszczególnych ropni, niszczą śledzionę w krótkim czasie i rychło prowadzą do śmierci. Nawet stosunkowo duże ropnie dają zazwyczaj objawy nie wyraźne; stąd rozpoznanie rzadko bywa pewne. Zwłaszcza ropnie górno-tylnego bieguna śledziony rozpoznać można tylko z pewnym prawdopodobieństwem. *Billings* podkreśla szczególne trudności rozpoznawcze, twierdząc, że ropień śledziony może nie dawać żadnych wyraźnych objawów, jeśli nie przechodzi na torebkę.

Rzadkość występowania schorzenia i różnorodność objawów klinicznych jest powodem, iż rzadko bywa ono rozpoznawane przed zabiegiem względnie za życia chorego. Z pośród 3,600 sekcji zwłok przeprowadzonych w Pensylwania Hospital w 24 przypadkach stwierdzono obecność ropni śledziony nie rozpoznanych za życia. Wprawdzie w wielu z pośród tych przypadków chodziło o posocznicę i ropień śledziony, jak twierdzi *Billings,* mógł być późnym, niemal przedśmiertnym jej powikłaniem. W 9 wszakże przypadkach chodziło o wrzodziejące zapalenie wsierdzia, w 5 sprawa ropna wyszła z miednicy małej, w dwu zaś przyczyną wytworzenia się ropnia śledzionowego było ropne zapalenie wyrostka robaczkowego.

Niekiedy rozpoznanie schorzenia podstawowego naprowadza na myśl o możliwości istnienia ropnia śledziony. Zdaniem autorów, rozpoznanie bywa stosunkowo proste w przypadkach, w których w przebiegu grypy lub ropienia, zwłaszcza w przebiegu sprawy zakaźnej ze skłonnością do wytwarzania się ropni przerzutowych, występuje bolesność uciskowa śledziony i dreszcze, a równocześnie z tym pogarsza się znacznie ogólny stan chorego. Liczne wszakże drobne ropnie, występujące w przebiegu posocznicy wywołanej przez bakterie ropotwórcze, niczym zgoła nie przejawiają się klinicznie. Należy pamiętać o możliwości powstania ropnia śledziony u chorych, u których w przebiegu choroby zakaźnej pojawia się nagle ponowne wzniesienie ciepłoty, dreszcze, wysoka leukocytoza, a równocześnie z tym bóle samoistne w lewym podżebrzu, niekiedy promieniujące do łopatki, bóle przy głębokich oddechach, napięcie powłok brzusznych i wybitna tkliwość śledziony. Zwłaszcza jeśli naprzykład u ozdrowieńca tyfusowego wystąpią nagle bóle w okolicy śledziony, stale się nasilające, a przy badaniu bladego, wychudzonego chorego stwierdzamy początkowo powiększenie się stłumienia śledzionowego, później bolesny guz śledziony, który szybko się powiększa, podżebrze się wypukla, a części miękkie brzękną, względnie występują objawy ropnia podprzeponowego — rozpoznanie jest istotnie łatwe. Podnoszony niejednokrotnie niepokój chorych, uderzająca bolesność uciskowa śledziony, ograniczona niekiedy do jednego tylko miejsca, wysoka leukocytoza, objawy podrażnienia otrzewnej, odpowiadające tworzeniu się zrostów między odcinkiem zawierającym ropień a siecią, powłokami itd. — są objawami, które świadczyć mogą pośrednio o wytwarzaniu się ropnia śledziony. Rozpoznanie bywa wszakże trudne w przypadkach, w których istniejący od dłuższego czasu ostry obrzęk śledziony sprawiał choremu dolegliwości.

Mówi się, że zależnie od umiejscowienia mogą ropnie śledziony upodabniać się w swych objawach do wysiękowego zapalenia opłucnej, ropnia podprzeponowego, ropowicy okołonerkowej, zapalenia sieci itd., od których należy je umieć odróżnić.

Nie ułatwiają też zbytnio rozpoznania badania pomocnicze.

Roentgen w przypadkach wczesnych nie daje charakterystycznego obrazu, przepona jest bowiem zwykle poruszalna. Bywa on natomiast niekiedy bardzo pomocny w rozpoznaniu w przypadkach dalej posuniętych, zwłaszcza jeśli chodzi o ropnie wychodzące z górnego bieguna śledziony, przechodzące poza torebkę i tworzące ropnie podprzeponowe. Lewa przepona bywa w tych przypadkach nieruchoma i wysoko ustawiona. W przypadkach wszakże, w których ropień przebija przeponę, względnie nawet bez przebicia prowadzi do powstania wysięku w jamie opłucnowej, prześwietlenie pozbawione jest niemal zupełnie znaczenia dla rozpoznania ropnia śledziony.

Obraz krwi posiada dla rozpoznania tylko względne znaczenie. Najczęściej wprawdzie znajdujemy w przypadkach ropni śledziony znaczną leukocytozę; może być jej jednak brak zupełnie *(Kirchmayer)*. Przy ropniach, powstałych w przebiegu duru brzusznego, spotykamy leukopenię.

Dla *rokowania* ważne znaczenie posiada okoliczność, że ropień śledziony jest zwykle schorzeniem wtórnym; zależne jest ono bowiem w znacznym stopniu od schorzenia podstawowego, które dało mu początek. Bywa naprzykład względnie dobre przy ropniach podurowych, zdecydowanie zaś złe w przypadkach, w których schorzenie powstało w przebiegu zapalenia wsierdzia lub posocznicy. Zatory często bowiem występują nie tylko w śledzionie, lecz i w innych

narządach; obok ropnia śledziony równocześnie też znaleźć można ropnie wątroby, nerek, płuc, itd. również w przebiegu posocznicy; obecność zaś ropni mnogich w różnych narządach zarówno zaciemnia obraz chorobowy, jak i pogarsza rokowanie.

Ropnie tyfusowe, występujące w pewien czas po spadku temperatury chorego, przedstawiają wdzięczne pole do leczenia operacyjnego. *Melchior* uzyskał wyleczenie 16 z pośród 17 chorych tyfusowych, operowanych z powodu ropnia śledziony. Również leczenie operacyjne pojedyńczego przekształconego w ropień zawału może dać dobry wynik. Przy ciężkich natomiast schorzeniach septycznych wynik zabiegu jest zdecydowanie zły. Zdaniem *Nordmanna* przy mnogich ropniach śledziony leczenie chirurgiczne nie rokuje przeważnie powodzenia i nawet usunięcie takiej śledziony nie sprowadza oczekiwanego trwałego wyniku.

Śmiertelność pooperacyjna, dawniej bardzo wysoka, bo wynosząca według *Reysseta* 80%, według *Esau* 70 do 80%, wybitnie zmniejszyła się w ostatnich czasach. Bywa ona naturalnie różna w zależności od rodzaju schorzenia podstawowego. W materiale *Wildegansa* wynosiła już tylko 44%; w przypadkach pourazowych ropni śledziony według obliczeń *Billingsa* wynosi 38%; *Küttner* oblicza śmiertelność w swym materiale na 28%; *Henschen* — na 25%, *Federmann* — 15%, *Michelson* zaś podaje 17 zejść śmiertelnych na 98 operowanych przypadków.

Rokowanie jest dalej zależne od wczesnego rozpoznania i zabiegu. Jest ono zdecydowanie złe w przypadkach nie leczonych właściwie. Nigdy nie można liczyć na samowyleczenie sprawy. Jedynie wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg pozwalają niekiedy uratować chorego.

Rozpoznanie wczesne napotyka wszakże na wielkie trudności. Niekiedy duże pod tym względem znaczenie przypisują próbnemu nakłuciu śledziony. Wydobyta przy nakłuciu krwawa ropa, zwłaszcza przy równoczesnych wahadłowych ruchach igły wraz z ruchami przepony, rozstrzyga pewnie wszelkie wątpliwości rozpoznawcze.

Istotnie, charakter ropy wydobytej przy nakłuciu, a zwłaszcza wynik jej badania mikroskopowego, pozwala na wczesne rozpoznanie ropnia śledziony. Wobec szczególnej skłonności kruchego miąższu narządu do ropnej sekwestracji zawsze znajdujemy zmieszaną z ropą charakterystyczną miazgę, składającą się z obumarłych strzępów tkanki i nadającą ropie kolor brunatno-czerwony, względnie czekoladowy. Ujemny wszakże wynik nakłucia nie wyklucza zupełnie pewnie istnienia ropnia; w przypadkach tych nie pozostaje nic innego, jak odsłonięcie śledziony.

Próbne nakłucie śledziony posiada jednak również wielu przeciwników, dopatrujących się w tym zabiegu poważnych niebezpieczeństw dla chorego. Inni wszakże twierdzą, że korzyści, wynikające z nakłucia próbnego, są większe od niebezpieczeństw, a nakłucie jest mniej szkodliwe od nieotwarcia ropnia. Winniśmy się więc do niego uciekać, skoro posiada tak ważne znaczenie rozpoznawcze, przeprowadzić je jednak należy ostrożnie. Niektórzy *(Smits)* nie dopatrują się żadnych niebezpieczeństw w próbnym nakłuciu śledziony. *Stefanowski* podkreśla, że w przypadkach wątpliwych można wykonać nakłucie próbne i że przy ropniach śledziony nie jest ono bardzo niebezpieczne, ponieważ ropnie te zazwyczaj są dobrze otorbione i mocno zrośnięte z otrzewną ścienną lub przeponą i opłucną. Większość wszakże chirurgów jest zdania, że próbne nakłucie śledziony przy podejrzeniu ropnia wyjątkowo tylko może być przeprowadzone, w razie istotnej konieczności, przy czym już przed na-

kłuciem wszystko musi być przygotowane do laparotomii.

Bez względu więc na pochodzenie i etiologię ropnia leczenie jego może być tylko operacyjne. Konieczny jest przytem zabieg natychmiastowy, gdyż wynik leczenia jest przede wszystkim zależny od zakażenia pierwotnego, które wywołało powstanie ropnia, stanu chorego i czasu wykonania zabiegu.

Leczenie polega na operacyjnym otwarciu ropnia lub usunięciu całej śledziony. Postępowanie w różnych przypadkach musi być różne. Różne też stanowisko zajmują poszczególni chirurdzy w tej sprawie. *Trincas, Billings* i inni mówią o otwarciu ropnia lub splenektomii. *Miani* — o splenektomii lub splenotomii, gdy — jak się to niekiedy zdarza, splenektomia okaże się niewykonalna. Zdaniem innych, ze względów technicznych splenektomię w przypadkach ropni śledziony wykonać można tylko wyjątkowo, zazwyczaj bowiem nie pozwalają na jej przeprowadzenie silne zrosty narządu z otoczeniem. *Billings* twierdzi, że splenektomia jest wskazana w przypadkach wyjątkowych gdy niema zrostów, dostęp do szypuły jest łatwy i nie zachodzi obawa rozsiania się zakażenia. Zdaniem *Wildegansa* splenektomia może być wykonana w tych tylko przypadkach, w których przeważna część śledziony uległa zniszczeniu, narząd posiada liczne partie zgorzelinowe, bądź też cały pływa w ropniu. *Patel* podkreśla, że niekiedy bywa konieczna następowa splenektomia po uprzednim otwarciu ropnia i że zabieg ten możliwy jest do przeprowadzenia w przypadkach, w których ropień nie przeszedł poza narząd i nie ma większych zrostów.

Na trudności operacyjne i powikłania, jakie sam spostrzegał i jakie spostrzegali inni, zwracał w roku 1928 uwagę *W. J. Mayo* z Rochester. Utrzymuje on, że chirurg zdecydować się musi już przed zabiegiem czy chce usunąć śledzionę, czy też nie, podczas zabiegu nie ma bowiem czasu do namysłu, gdyż znaczne krwawienie zmusza do pośpiechu i na ogół może być opanowane dokładnie dopiero po usunięciu narządu. Przystępując do splenektomii należy przeciąć przede wszystkim wszystkie zrosty. Następnie, idąc za radą *Balfoura,* odsunąć śledzionę wraz z jelitami ku dołowi, stwarzając sobie przez to dogodny i szybki dostęp do szypuły śledziony. Niekiedy krwawienie żylne po usunięciu śledziony bywa znaczne i tamować je należy przy pomocy wilgotnej gazy. Drugie ciężkie powikłanie stanowi otwarcie żołądka podczas odcinania szypuły; autorowi przydarzyło się to dwukrotnie, przy czym stracił jednego z chorych. Nie mniej przykrym powikłaniem jest usunięcie wraz ze śledzioną części trzustki, co się wydarzyło autorowi raz jeden; śledziona była jednak tak ściśle zespolona z trzustką, że dopiero badanie drobnowidzowe wykazało, że do usuniętej śledziony przylega część trzustki. Wreszcie w jednym przypadku przy obkłuwaniu zrostów śledziony z przeponą dla opanowania krwawienia z dużych naczyń, rozciął *Mayo* igłą przeponą i osierdzie; zeszył jednak natychmiast ranę i uzyskał zejście pomyślne. Dla uniknięcia tego powikłania radzi *Mayo* wkłuwać igłę do przepony wyłącznie podczas wdechu.

Niektórzy sprzeciwiają się zasadniczo splenektomii. *Smits* uzasadnia swe stanowisko koniecznością zachowania tego pojedyńczego, niezbędnego dla życia narządu. *Stefanowski* mówi, że ropień śledziony zawsze należy naciąć i sączkować. Tego rodzaju opinia przeważała w wykładach referentów i dyskusji na Międzynarodowym Kongresie Chirurgów w Rzymie. Otwarcie ropnia, w zależności od tego czy wychodzi on z górnego, dolnego bieguna, czy też z tylnej części śledziony, następuje po uprzedniej resekcji dolnych żeber, drogą

brzuszną, bądź też od strony lędźwiowej. Ostatnia możliwość zachodzi wszakże wyjątkowo; zdaniem *Propinga* bowiem, raz tylko dotychczas udało się otworzyć ropień śledziony drogą zaotrzewnową. W przypadkach, w których nie wytworzyły się jeszcze zrosty odgraniczające ropień od wolnej jamy otrzewnowej, wskazany jest zabieg dwuczasowy. Pierwszy akt polega na otwarciu brzucha i obłożeniu śledziony chustkami w celu wywołania zrostów, bądź też jeśli się to okaże możliwe, wszyciu śledziony odpowiednio do miejsca usadowienia ropnia do otrzewnej ściennej i powłok brzusznych. Również w przypadkach ropni górnego bieguna, otwieranych przez przeponę, w których niema zrostów opłucnych, należy przy pierwszym zabiegu zeszyć ze sobą obydwie blaszki opłucnej i dopiero po kilku dniach naciąć ropień. Jeśli jednak chory jest bardzo wyniszczony — konieczność wymaga jednoczasowego zabiegu.

Postępowanie różnych autorów bywa zresztą różne. Zdaniem *Billingsa* dostęp operacyjny do ropnia jest najpewniejszy po przez otrzewnę; niejednokrotnie śledziona bywa zrośnięta z otrzewną, tak że bez otwierania wolnej jamy brzusznej można otworzyć ropień. *Krekel* twierdzi, że drogę przezopłucnową można wybrać tylko w przypadkach, w których śledziona nie wychodzi poza brzeg żeber. *Wildegans* wszystkie ropnie otwiera drogą przezopłucnową.

Jeśli przepona silnie jest ku górze uniesiona, lub też opłucna jest wciągnięta w proces chorobowy, a przestrzeń Traubego zupełnie znikła, droga przezopłucnowa stanowi metodę wyboru. Niektórzy przyciągają przeponę w miejscu rany do ściany klatki piersiowej przy pomocy cugli drucianych i osłaniają kompresami jamę opłucnową przed nacięciem przepony i otwarciem ropnia. W przypadkach zaś, w których stwierdza się w opłucnej obecność wysięku surowiczego, przyszywają uprzednio szwem ciągłym opłucnę żebrową do przeponowej. Jeśli brak jest natomiast powikłań ze strony jamy opłucnowej i ropień nie jest usadowiony w górnym biegunie śledziony — wybrać raczej należy drogę brzuszną. Aby uniknąć uszkodzenia nerwów mięśnia prostego brzucha — niektórzy przeprowadzają cięcie *Czernego-Kehra*. W przypadkach, w których istnieją zrosty w jamie brzusznej, *Smits* posługuje się metodą podaną przez *Doyena:* przeprowadza 15 cm cięcie skórne w linii sutkowej, kończące się na poziomie pępka, po czym przecina chrząstki VII — X żebra; w miejscu tym nie ma bowiem ważnych przyczepów przepony. Przy ropniach dolnego bieguna śledziony przeprowadzano zwykle cięcie wzdłuż łuku żebrowego.

O tym, jakie postępowanie jest najwłaściwsze, najlepiej winny by świadczyć uzyskane wyniki. Poszczególne wszakże zestawienia obejmują przypadki znacznie różniące się między sobą i nie bardzo nadają się do porównania. *Finkelstein* do roku 1919 zebrał z piśmiennictwa 76 przypadków: 65 nacięć ropni ze śmiertelnością = 26%, 11 splenektomii dało zaś 27% śmiertelności. Z zestawienia *Lenormanta* i *Seneque* za lata od 1907 do 1924 wynika, że wyzdrowieli wszyscy 23 chorzy po otwarciu ropnia, zarówno przez klatkę piersiową (11 przypadków), jak i jamę brzuszną (11 przypadków), wreszcie drogą lędźwiową (1 przypadek), zmarło natomiast 3 z pośród 4 chorych, u których wykonano splenektomię.

Zabieg ten przeprowadzono wszakże w przypadkach bardzo spóźnionych, bo w przebiegu zapalenia otrzewnej; mimo to jednak uważają autorzy otwarcie ropnia za bardziej celowe od splenektomii. Zestawienie wspólne *Lenormanta* i *Sene-*

que oraz *Billingsa* obejmuje 55 przypadków, przy czym w 51 z nich ograniczono się do otwarcia ropnia, uzyskując w 44 (86,3%) wyleczenie. Z pośród 9 przypadków ropni śledziony operowanych drogą przezopłucnową przez *Wildegansa* zmarło 4 chorych; 2 z wrzodziejącym zapaleniem wsierdzia i stanem septycznym, jeden z licznymi ropniami w śledzionie, powstałymi w następstwie przedziurawienia wrzodu żołądka; w ostatnim wreszcie przypadku chodziło o zakażenie połogowe, powikłane zapaleniem wsierdzia. Wyzdrowieli natomiast chorzy, u których ropień powstał w przebiegu, względnie po przebytym gośccu stawowym, durze brzusznym, anginie, zapaleniu płuc i czerwonce, mimo iż w trzech z pośród tych przypadków schorzenie było powikłane ropnym zapaleniem opłucnej.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Bal:* Wiener Med. Wschr., 1922; 2) *Billings A.:* Absces of the spleen — Ann. of Surg., 88, 1928; 3) *Cornil, Masinges, Jouve:* Les lésions spleniques des endocardites streptococciques humaines et experimentales. La Presse Médicale, 1936; 4) *Cutler:* Journ. of the Americ. Med. Assoc., 1920; 5) *Dobrzaniecki W.:* Wielokomorowa torbiel śledziony na tle zawału. — Polski Przegląd Chirurgiczny, XIII, 2, 1934; 6) *Estrade:* Thèse de Bordeaux, 1911; 7) *Finkelstein:* Ruskij Wracz, 13, 1914 8) *Ferrari P.:* Ascesso subfrenico bilaterale ad empiema de ascesso splenico. — Policlinico, sez. prat., II, 1930; 9) *Krekal H.:* Über die Abscesse der Milz und ihre Behandlung. — Zentralblat für Chirurgie, 54, 1927; 10) *Küttner:* Ueber sequestrierende Milzabscesse, Beitr. z. klin. Chirur., 54, 1907; 11) *Lenormant et Seneque:* Journal de Chirur., 1923; 12) *Mayo W. J.:* Zjazd ameryk. T-wa Chirurgów w Waszyngtonie, 1928; 13) *May M.:* A propos des absces de la rate. — Med. Acad. Chir., 63, 1937; 14) *Miani A., Dagnini G.:* Contributo allo studio dell ascesso della milza. — Clinica chir., 4, 1928; 15) *Patel, Papayannou, Henschen:* Congrés internation. de Chirurgie, Rome, 1926; 16) *Pitkin:* 15 Kongres T-wa Chirurg. rosyjskich. — Ztrbl. f. Chir. 1923 17) *Płońskier:* O topograficznej współzależności niektórych zmian anatomopatologicznych w śledzionie i żołądku. Polski Przegląd Chirurgiczny, XIII, 2, 1934; 18) *Roller:* Spontan ruptur eines Milzabscesses. — Der Chirurg, 4, 1932; 19) *Savvia L.:* Ascesso delle milza da endarterite ulcerosa (con sindrome di colica renale sinistra). Bull. Sci. med., 3, 1935; 20) *Smits J. G.:* Milzabscesse. — Geneesk. tydschr. v. Nederland, 63, 1923; 21) *Stefanowski M.:* Chirurgia śledziony; 22) *Scheyer:* Bruns Beitr., 81, 1924; 23) *Tapie J.:* Les abscès de la rate. Journal med. franc., 15, 1926; 24) *Trincas M.:* Ascesso acuto della milza. — Ann. italian. Chir., 13, 1934; 25) *Vasiliu u. Muresan:* Aktinomykotische Abscesse der Leber und der Milz mit eitriger Bauchfellentzündung. Cluj med., 17, 1937; 26) *Wildegans:* Zur Pathologie und Therapie des Milzabscess. Arch. f. klin. Chir., 114, 1920.

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim

Torbiel skórzasta głowy

podał

Dr Janusz Peter
Dyrektor szpitala.

Przetrwanie torbieli skórzastej do takiej wielkości, jak na fotografii (rys. 1), należy do rzadkości, gdyż torbiele skórzaste głowy, w przeciwieństwie do kaszaków, jako sprawy wrodzone, bywają usuwane zwykle już w najwcześniejszym dzieciństwie. W tym wypadku wszystkie sfery postępują zgodnie: przynoszą dziec-

ko możliwie najwcześniej do lekarza, celem dokonania zabiegu. Na tym punkcie są czuli zwłaszcza włościanie, nie chcąc, by dziecko z naroślą miało się później stać obiektem nagabywań. Nawet jedynaka nie wahają się poddać operacji, byle by znikł twór, zwracający powszechną uwagę i rozmaicie komentowany.

W naszym przypadku stało się inaczej, dzięki powiadomieniu matki przez lekarza, do którego zgłosiła się z kilkumiesięcznym oseskiem, że zoperowanie guza mogłoby pociągnąć za sobą utratę życia dziecka, ponieważ urodziło się z przepukliną mózgową, a odcięcie guza, względnie jego od-



Rys. 1.

prowadzenie nie zawsze kończy się szczęśliwie. Zwyciężyło serce matki, która wobec tego wolała mieć dziecko z defektem. Nie przewidziała jednak jednej rzeczy: stałego powiększania się guza. W siódmym roku życia był już tak pokaźny, że chłopiec wstydząc się docinków rówieśników, zaprzestał chodzenia do szkoły, począł się kryć, czapki nigdy z głowy nie zdejmując i tylko wieczorami wymykał się z chałupy. Chodził wprawdzie do robót w polu, lecz wnętrze kościoła znał tylko z opowiadania, a zabawy ze słyszenia. Uważano go za dziwaka i poczęto stronić od niego. Dopiero na poborze wojskowym dowiedział się, że guz nie jest wypukliną mózgową i że można go spokojnie usunąć. Z polecenia starosty przyprowadzono zalęknionego do szpitala. Tu, korzystając z nieuwagi służby z miejsca zaszył się w kępce zarośli w ogrodzie szpitalnym, skąd zgłodniały wyszedł dopiero wieczorem.

Zabiegu dokonano w znieczuleniu miejscowym, usuwając torbiel, która po rozcięciu wykazała typową zawartość miazgowatą ze zbitym kłębem włosów.

Rzecz zrozumiała, że siodełkowate zagłębienie czaszki w miejscu usadowienia się torbieli, pozostanie na zawsze. Odpowiednie jednak ułożenie fryzury nadało głowie kształt prawidłowy.

Znamienne w tym przypadku jest to, że zahukany i nieufnie odnoszący się do otoczenia młodzieniec, rychło zmienił się do niepoznania. Przekonaliśmy się o tym po kilku miesiącach, kiedy przybył powtórnie do szpitala. Tym razem jednak nie w związku z niedawno przeprowadzonym zabiegiem, lecz z ostrą rzeżączką.

W przypadku tym nasuwają się następujące uwagi: Lekarz, o którym wspomniałem, miał na myśli wrodzoną przepuklinę mózgową *(encephalocystocele, encephalocele, meningocele)*, wypuklającą się na zewnątrz przez otwór w czaszce. Obmacywaniem bowiem wokół podstawy guza stwierdzał wał, który uważał za brzeg otworu w czaszce. Szczegół ten zbił go z tropu, gdyż w rzeczywistości był to tylko brzeg siodełkowato ugiętej czaszki pod naporem wzrastającej torbieli skórzastej.

Nie należy zatem zapominać o momentach pomocniczych w różniczkowym rozpoznaniu, przede wszystkim o lokalizacji guza. Wrodzone bowiem guzy czaszki i kręgosłupa po największej części stoją w związku przyczynowym z niezamknięciem się rynienki rdzeniowej po stronie grzbietowej w najwcześniejszym okresie rozwojowym. Niezamknięcie to zdarza się najczęściej w jej odcinku ogonowym i głowowym i to w linii pośrodkowej, w miejscach, w których w życiu embrionalnym łączy się ze sobą większa ilość kości. Lokalizacja przepuklin mózgowych jest typowa, a mianowicie: w okolicy potylicznej, jako: *A)* tylna *(cephalocele occipitalis sup. et inf.)* zależnie, czy znajduje się powyżej, czy poniżej guzka potylicznego, przy czym w ostatnim przypadku szczeli-

na może dochodzić do foramen occipitale magnum, a nawet przezeń dalej — na kręgosłup. Jest ona częstsza od *B) czołowej (cephalocele sincipitalis)*, w której dochodzi do wypuklenia stale przez szczelinę w kości sitowej a) w dolnym odcinku w okolicy gładyszki (glabella, *cephalocele nasofrontalis)* b) w okolicy wewnętrznego kąta oka *(cephalocele nasoorbitalis)* c) popod kość nosową *(cephalocele nasoethmoidalis)* d) bardzo rzadko: przez szczelinę w podniebieniu, oczodołową górną i dolną *(fissura orbitalis sup. et inf.)* wreszcie do dołu klinowoszczękowego (*fossa sphenomaxillaris)*.

W tym miejscu mogły by jeszcze różniczkowo wchodzić w rachubę następujące wrodzone guzy jak: tłuszczak, naczyniak, włókniak lub inne twory np. *encephalocele spuria s. traumatica*, te jednakże w przeciwieństwie do przepukliny mózgowej nie dają się odprowadzać. Ostatecznie dla decydującego rozstrzygnięcia sprawy pozostawałoby badanie rentgenowskie.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Ein Fall von Dermoidzyste des Kopfes

von

Dr J. Peter (Tomaszów Lub.)

Ein Fall von einer operierten grossen Dermoidzyste des Kopfes bei 21 jährigen Bauer, die nach Geburt irrtümmlich als Gehirnvorstülpung erkannt wurde.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie
Kierownik: *Płk dr T. Sokołowski.*

W sprawie postępowania w zwichnięciach stawu barkowego, powikłanych złamaniem szyi kości ramiennej [1])

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

Zwichnięciom stawu barkowego mogą towarzyszyć uszkodzenia kostne, najczęściej w postaci złamań guzka większego, rzadziej — złamań szyi (chirurgicznej lub anatomicznej) kości ramiennej albo panewki łopatki.

W materiale Instytutu Chirurgii Urazowej z lat 1936/7, wynoszącego nieco ponad 100 przypadków zwichnięć barku, *współistniejące uszkodzenie kostne stwierdzono w ⅓ przypadków,* a mianowicie: w 24 przyp. złamanie guzka większego, w 7 — złamanie szyi kości ramiennej i w 4 — złamanie panewki.

O możliwości współistnienia uszkodzeń

---

[1]) Referat wygłoszony na VI Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatolog. w Poznaniu dnia 4.IV 1938 r.

kostnych trzeba zawsze pamiętać rozpoznając zwichnięcie barku i należy przyjąć za zasadę wykonanie zdjęcia rentgenowskiego przed przystąpieniem do nastawiania zwichnięcia, by powikłanie to stwierdzić czy wyłączyć.

Nastawianie zwichnięcia w przypadkach powikłanych złamaniem guzka lub uszkodzeniem kostnym panewki, zasadniczo nie różni się od nastawiania zwichnięć nie powikłanych; natomiast próby nastawiania przy współistniejącym, a nie rozpoznanym złamaniu szyi kości ramiennej — są niezmiernie szkodliwe.

W przypadkach, w których na dobrym rentgenogramie uwidacznia się wyraźnie odłamanie zwichniętej główki (w razie jakichkolwiek wątpliwości należy zdjęcie powtórzyć — porównaj rys. 6a), postępowanie polega przede wszystkim na świadomie i celowo dokonanej próbie nastawienia; warunkiem koniecznym jest głębokie uśpienie, powodujące zupełne rozluźnienie mięśni; przy odwiedzeniu ramienia zastosowuje się silny wyciąg w kierunku bocznym, celem wytworzenia wolnej przestrzeni pomiędzy dnem panewki a kikutem trzonu kości ramiennej. Może tu znaleść zastosowanie ta sama technika, co przy nastawianiu złamań szyi kości ramiennej: chory leży na stole na zdrowym boku, przywiązany pasem przebiegającym przez klatkę piersiową; asystent stoi na stole okrakiem ponad chorym i silnie wyciąga zgiętą w łokciu kończynę. Teraz usiłujemy wprowadzić do panewki odłamaną i zwichniętą główkę, wpychając ją ręcznie poprzez powłoki. Próby nastawiania sposobem zwykłym, np. Kochera, bez bocznego wyciągu ramienia, są niekorzystne i mogą dać pomyślny wynik tylko w wyjątkowych wypadkach, w których odłamana główka pozostaje w łączności z trzonem za pośrednictwem tkanek miękkich.

Jeżeli bezkrwawe nastawienie zwichnięcia nie udaje się, to wtedy metodą z wyboru powinna być operacyjne usunięcie odłamanej główki: doświadczenie poucza, że nastawienie krwawe daje końcowy wynik czynnościowy znacznie gorszy, niż usunięcie główki. Z wykonaniem zabiegu nie należy zwlekać, gdyż wczesna operacja nie tylko jest technicznie o wiele łatwiejsza niż w przypadkach zastarzałych, ale i daje pomyślniejsze rokowanie czynnościowe. Dostęp z przedniego cięcia jest łatwy — odłamaną główkę wydobywa się za pomocą ostrego jednozębnego haka, po czym często zachodzi jeszcze potrzeba wygładzenia szczypcami kostnymi powierzchni złamania kikuta kości ramiennej.

Po zabiegu nakłada się na kilka dni opatrunek Desaulta, a następnie unieruchamia się kończynę na szynie odwodzącej na okres 10 — 14 dni, co jest niezbędne ze względu na pooperacyjne zmiany w okołostawowych tkankach miękkich; wreszcie rozpoczyna się uruchamianie kończyny; wchodzą tu w grę: gimnastyka czynna i bierna, masaże i nagrzewania, by doprowadzić do możliwie obszernego zakresu ruchów w nowym stawie. Szynę odwodzącą zdejmuje się dopiero wtedy, gdy czynne unoszenie kończyny ponad szynę przychodzi choremu z łatwością.

Wspomnę teraz po krótce o 7 przypadkach leczonych w Instytucie, celem zobrazowania omówionego powyżej postępowania.

Przypadek 1. (rys. 1 a-c). Mężczyzna 39 l.; zwichnięcie pr. barku ze skośnym złamaniem szyi chirurgicznej, wskutek upadku z konia. Nastawienie bezkrwawe. Obecnie, w 16 mies. po urazie, pacjent określa w liście stan swej kończyny jako zadawalający: „pozostało drobne ograniczenie ruchów, np. przy wyprostowaniu ręki w górę, dużym palcem prawej dłoni dotykam połowy lewej dłoni".



Rys. 1a. Przyp. 1. Rntg. pierwotny.



Rys. 1b. Przyp. 1. Rntg. po nastawieniu bezkrwawym.

Przypadek 2. (rys. 2a, b). Kobieta 62 l.; zwichnięcie pr. barku ze złamaniem szyi chirurgicznej, wskutek upadku z bryczki. Nastawienie za-



Rys. 1c. Przyp. 1. Rntg. kontrolny po 3 mies.



Rys. 2a. Przyp. 2. Rntg. pierwotny.

chowawcze. Po 5 tyg. leczenia szpitalnego unosi kończynę do poziomu. Do badania kontrolnego nie zgłosiła się.



Rys. 2b. Przyp. 2. Rntg. po nastawieniu bezkrwawym.

Przypadek 3. (rys. 3a-c). Mężczyzna 40 l. Zasługuje tu na uwagę niecodzienny mechanizm powstania tak ciężkiego uszkodzenia: wskutek rażenia prądem elektrycznym przy dotknięciu do przewodnika szarpnął kończyną tak gwałtownie, że doszło do zwichnięcia pr. barku ze złamaniem skośnym szyi chirurgicznej k. ramiennej. W Pogotowiu, bez rentgenogramu, usiłowano bezowocnie nastawić zwichnięcie.

Leczenie operacyjne: krwawe nastawienie i przybicie odłamanej główki 2-ma gwoździami Lambotte'a, gdyż zaklinowanie odłamów, wobec skośnego przebiegu złamania, było niewykonalne. Wypisany z raną zagojoną, na szynie odwodzącej do leczenia ambulatoryjnego. Po kilku tygodniach otworzyła się w bliźnie pooperacyjnej przetoka z wydzieliną ropną. W 2 mies. po zabiegu usunięto gwoździe; pomimo tego na kolejnych rentgenogramach widać odwapnienie główki, które wyraźnie się nasila. Wobec dolegliwości i stałej wydzieliny ropnej z przetoki, po dalszych 10 tyg. dokonano resekcji główki. Przetoka wkrótce zagoiła się. Badanie kontrolne po upływie roku: wciągnięta blizna po przednim cięciu otwierającym staw barkowy; ruchy czynne w stawie barkowym znacznie ograniczone wskutek dużego zaniku mięśni pasa barkowego; ruchy bierne wykonalne bez bólu w dużym zakresie; siła kończyny dobra.

Niepomyślny wynik czynnościowy należy przypisać w tym przypadku kilku czynnikom, którymi były: trzykrotny śródstawowy zabieg opera-



Rys. 3a. Przyp. 3. Rntg. pierwotny.



Rys. 3b. Przyp. 3. Rntg. po nastawieniu operacyjnym i zespoleniu odłamów 2-ma gwoździami Lambotte'a.



Rys. 3c. Przyp. 3. Rntg. po wtórnej resekcji główki.

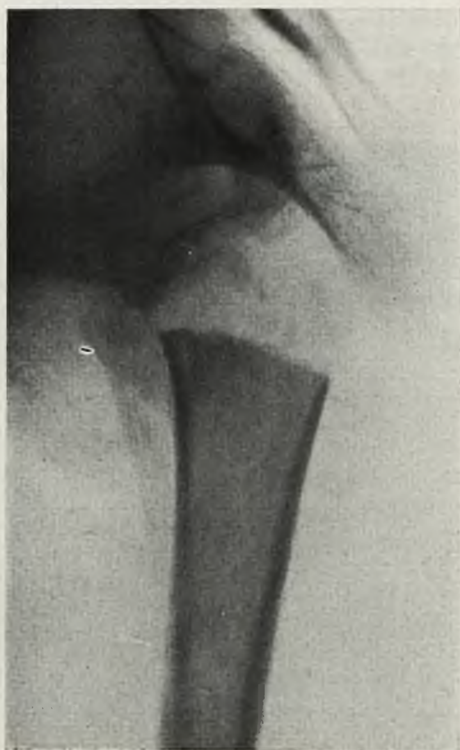
Przypadek 4. Mężczyzna 34 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi k. ramiennej, wskutek upadku z konia. Bezpośrednio po wypadku była robiona próba nastawienia, bez badania rentgenowskiego. Po przyjęciu do Instytutu wykonano niezwłocznie resekcję główki, która uległa rozbiciu na 3 odłamy — stanowiło to tym bardziej bezwzględne wskazanie do zabiegu radykalnego. Leczenie fizykalne i zdrojowe dało wynik tak pomyślny, że po upływie ½ roku oficer ten mógł powrócić do służby.

Przypadek 5. (rys. 4a, b). Mężczyzna 24 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi anatomicznej, wskutek upadku z wozu. Próba nastawienia bezkrwawego nie dała wyniku. Resekcja główki. Kontrolne badanie po 10 mies.: unoszenie kończyny do poziomu; upośledzenie sprawności kończyny przy ciężkiej pracy fizycznej, umiarkowane dolegliwości. Leczenie fizykalne, ze względów materialnych, nie było przeprowadzone w sposób dostateczny.

cyjny, późne powikłanie ropne z długotrwałą przetoką oraz zaniedbanie przez chorego zaleconego mu po zagojeniu przetoki leczenia fizykalnego.



Rys. 4a. Przyp. 5. Rntg. pierwotny.



Rys. 4b. Przyp. 4. Rntg. po pierwotnej resekcji główki.



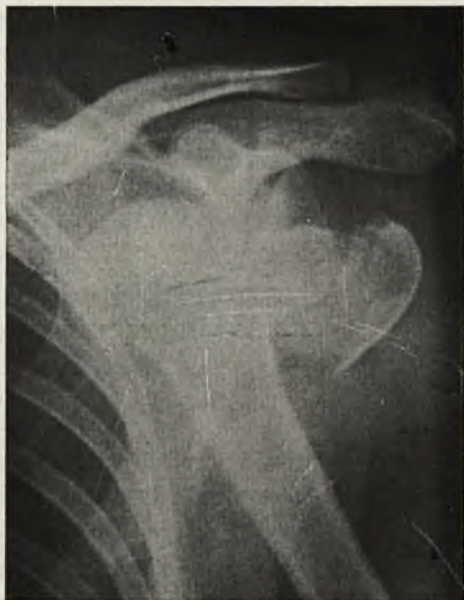
Rys. 5a. Przyp. 6. Rntg. w 3 tyg po wypadku.



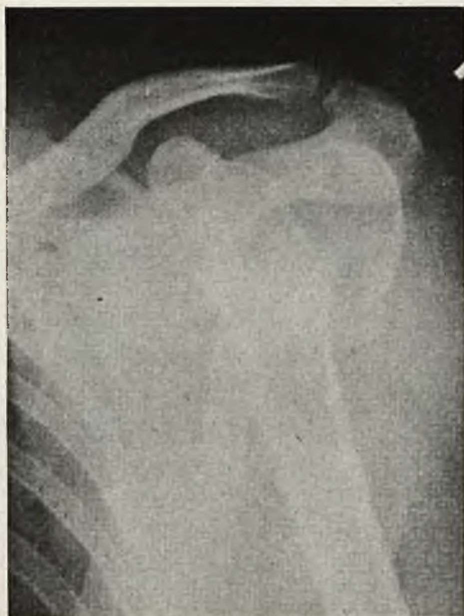
Rys. 5b. Przyp. 6. Rntg. po resekcji główki.

Przypadek 6. (rys. 5a, b). Mężczyzna 40 l. Zastarzałe zwichnięcie pr. barku ze złamaniem szyi chirurgicznej; przybył do Instytutu po 3-tygodniowym leczeniu w innym szpitalu z objawami ciężkiego niedowładu kończyny. Resekcja główki. Ruchy w stawie łokciowym, garstkowym i palcach wróciły szybko w pełnym zakresie, unoszenie ramienia ponad szynę swobodne. Do badania kontrolnego nie zgłosił się.

Przypadek 7. (rys. 6a-c). Kobieta 34 l. Zwichnięcie lew. barku ze złamaniem szyi anatomicznej i odłamaniem guzka większego k. ramiennej, wskutek upadku z 1. piętra. Na pierwotnym rentgenogramie (a), wykonanym na papierze, nie dostrzeżono linii złamania w obrębie szyi anatomicznej i wobec tego nastawiano zwichnięcie uwzględniając tylko złamanie guzka; w wyniku do panewki wstawił się tylko kikut trzonu k. ramiennej, a odłamana główka pozostała poniżej wyrostka kruczego (b). Resekcja główki. Unieruchomienie na szynie odwodzącej w ciągu 4 tyg. ze względu na odłamanie guzka. Chora znajduje się jeszcze w leczeniu w Instytucie i była przedstawiona na posiedzeniu Warsz. Koła P. T. O. i T.



Rys. 6a. Przyp. 7. Rntg. pierwotny. Linia złamania w obrębie szyi anatomicznej ledwo dostrzegalna.



Rys. 6b. Przyp. 7. Rntg. po próbie nastawienia zwichnięcia.



Rys. 6a. Przyp. 7. Rntg. po resekcji główki.

Reasumując: na 7 przypadków zwichnięcia barku, powikłanego złamaniem szyi k. ramiennej — dwa nastawiono bezkrwawo, jeden — operacyjnie, przybijając odłamaną główkę do trzonu 2-ma gwoździami Lambotte'a (przypadek zakończył się wtórną resekcją główki z powodu jej martwicy), wreszcie w 4 pozostałych wykonano pierwotną resekcję główki, wobec niemożności nastawienia zachowawczego.

Najgorszy wynik czynnościowy uzyskano w przyp. 3., nastawianym krwawo i dlatego odstąpiono nadal od prób tego rodzaju, zwłaszcza z użyciem metalowych protez. Wyniki inne, po usunięciu główki, biorąc pod uwagę ciężkość omawianego uszkodzenia, są zachęcające, z warunkiem sumiennego przeprowadzenia leczenia fizykalnego pooperacyjnego.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: Płk Dr T. Sokołowski.

W sprawie leczenia złamań trzonów kości podudzia ze szczególnym uwzględnieniem złamań wielokrotnych

podał

Dr Zygmunt Ambros.

Wytyczne leczenia złamań trzonów kości podudzia uzależnione są od postaci złamania.

Złamania poprzeczne, skośne, spiralne czy wielokrotne wymagają odmiennej techniki leczenia. Na ogół jednak w praktyce nie rozgranicza się tych postaci złamań, usiłując co najwyżej poprowadzić leczenie według zasad, przyjętych w podręcznikach, które dają się ująć następująco:

1. W złamaniach kości podudzia — dążyć należy do odtworzenia prawidłowych

stosunków przez usunięcie przemieszczenia, gdyż wszelkie skrócenia, a szczególnie skrzywienia osi upośledzają statykę i powodują trwałe zaburzenia używalności kończyny.

2. Po uzyskaniu poprawnego nastawienia odłamów, należy je utrwalić aż do czasu wystąpienia wystarczająco mocnego zrostu, za pomocą dokładnego unieruchomienia.

Utrzymanie odłamków we właściwym ustawieniu sprawia niejednokrotnie większe trudności, aniżeli samo nastawienie złamania. Na stole wyciągowym udaje się na ogół łatwo wyrównać przemieszczenie odłamów, zwłaszcza przy użyciu wyciągu bezpośredniego za kość piętową, czy choćby zwyczajnej pętli. Dużo trudniej jednak jest utrzymać zdobyte nastawienie. W złamaniach skośnych, czy złamaniach wielokrotnych, nawet najdokładniej domodelowany gips nie zabezpiecza przed ponownym ześliznięciem się odłamów. Przemieszczeniom wtórnym bardzo często ulegają również i złamania poprzeczne, w których, po cofnięciu się obrzęku kończyny i obluźnieniu opatrunku gipsowego, następuje skrzywienie osi.

Mimo spełnienia więc obu podstawowych warunków, zwłaszcza przy braku systematycznej kontroli, otrzymuje się często wręcz złe wyniki w leczeniu złamań trzonów kości podudzia. Aby tego uniknąć usiłowano poprawić wyniki leczeniem za pomocą wyciągów, względnie kombinowanymi metodami wyciągowo - gipsowymi. *Hackenbruch* opracował dla leczenia złamań trzonów kości podudzia opatrunek klamrowo - wyciągowy, który łączy równocześnie mechaniczne rozciąganie odłamów, ze sztywnym unieruchomieniem opatrunku gipsowego.

Boever starał się zapobiegać wtórnemu przemieszczaniu się odłamów, zespalając je po nastawieniu złamania za pomocą śrub, które ujmuje w specjalne ramki. Metodę swoją nazwał „ostéosynthèse par fixateur externe".

Bardzo pomocną i znacznie wartościowszą od wspomnianych metod okazała się t. zw. transfiksja, którą wprowadził *Böhler* w leczeniu skośnych i spiralnych złamań trzonów kości podudzia. Polega ona na wbiciu w kość piszczelową, w chwili uzyskania na wyciągu dobrego ustawienia, 2 gwoździ Steinmanna długości około 15 cm, grubości 3,5 mm. Wbija się je w okolice przynasadowe piszczeli powyżej i poniżej miejsca złamania. Gwoździe zostają wgipsowane w zwyczajny opatrunek — tak unieruchomione odłamy nie mogą już żadną miarą zmienić swego położenia. Tranfiksja *Böhlera* znalazła bardzo wielu zwolenników, jako wygodne rozwiązanie sprawy. Zaczęto tedy stosować postępowanie *Böhlera* nie tylko w złamaniach spiralnych, ale przyjęto je jako w ogóle metodę z wyboru w leczeniu złamań trzonów kości podudzia.

Tego rodzaju jednostronność w wyborze techniki jest jednak przesadna, gdyż zdaniem *Sokołowskiego* we wszystkich prawie postaciach złamań trzonów kości podudzia udaje się uzyskać zrost w anatomicznym lub dobrym ustawieniu odłamków, a co za tym idzie i pełnowartościowy wynik czynnościowy, za pomocą odpowiedniego, znacznie prostszego postępowania. Zastosowania transfiksji wymagają jedynie złamania wielokrotne, w leczeniu których stanowi ona prawdziwie wartościową pomoc.

W Instytucie Chirurgii Urazowej przyjęto następujące wytyczne w leczeniu złamań trzonów kości podudzia:

1. Złamania poprzeczne leczy się bezpośrednio nastawieniem pod kontrolą rtg. na stole opatrunkowo - wyciągowym. Ponieważ powierzchnia odłamków w tych postaciach złamań jest przeważnie zazębiona, równocześnie z nasta-

wieniem następuje wklinowanie odłamków i dzięki temu udaje się utrzymać je we właściwym ustawieniu po założeniu dobrze dopasowanego opatrunku gipsowego bez podściółki. Opatrunek gipsowy bez podściółki ma tę dodatnią stronę, że przylega ściśle i nie obluźnia się po ustąpieniu obrzęku. Kończyna zostaje zagipsowana w zgięciu stawu kolanowego pod kątem 30 — 45°, gdyż w tym ułożeniu znosimy działanie mięśni łydki, które prowadzić może do wtórnego skrzywienia osi.

2. Złamania skośne i spiralne leczymy początkowo wyciągiem drutowym przez kość piętową na podstawce Brauna. Po 10 — 14 dniach, kiedy wyciąg dostatecznie rozciągnął odłamy, przystępuje się do ostatecznej repozycji, która ma głównie za zadanie już tylko poprawienie osi kończyny. W opatrunek gipsowy wmontowuje się rozpiętą klamrę wyciągową, uzyskując w ten sposób pewne zabezpieczenie przed możliwością wtórnego przesunięcia się odłamów. Po 6-ciu tygodniach usuwamy klamrę i zmieniamy gips na marszowy.

3. Złamania z fragmentacją leczono początkowo tak jak złamania poprzeczne lub skośne, zależnie od tego, jak przebiegała linia złamania. Obserwacja kliniczna wykazała jednak, że prawie z reguły w tych postaciach złamań dochodzi do wtórnego przemieszczenia odłamów i dlatego za najbardziej celowe uznano leczenie złamań wielokrotnych transfiksją *Böhlera*.

Przytoczone historie chorób stanowią potwierdzenie naszych spostrzeżeń odnośnie do leczenia wielokrotnych złamań trzonów kości podudzia.

Przyp. 1. K. R. l. 24. Przed kilkoma godzinami został potrącony przez samochód, padając na bruk doznał wielokrotnego złamania podudzia prawego. Rtg. (rys. 1.) wykonany bezpośrednio po przyjęciu chorego wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej. Górna powierzchnia złamania przebiega w połowie wysokości trzonu piszczela, poprzecznie, a dolna—skośnie na dłoń powyżej stawu skokowego. Poprzeczne złamanie



Rys. 1.

strzałki nieco poniżej górnej powierzchni złamania. Wolny odłam piszczela długości około 10 cm. przemieszczony jest na całą szerokość do środka i do tyłu.

W narkozie ogólnej na stole wyciągowym nastawiono złamanie i założono ustalający opatrunek gipsowy. Kontrola rtg. wykonana bezpośrednio po zabiegu wykazała poprawne ustawienie odłamów (rys. 2.).



Rys. 2.

Równie poprawny stan wykazał rentgenogram po tygodniu; wobec tego chorego wypisano ze szpitala, polecając mu zgłosić się za 8 tygodni do



Rys. 3

zdjęcia gipsu. Chory przybył do Instytutu w oznaczonym czasie. Badanie wykazało, że oś kończyny uległa skrzywieniu ku tyłowi, natomiast zrost odłamów jest już zupełnie mocny. Na rtg. (rys. 3.) stwierdzono, że wolny odłam uległ wtórnemu przemieszczeniu do środka i do tyłu skutkiem czego oś kończyny wykrzywiła się. Szpary złamania wypełnia silna kostnina.



Rys. 4.

P r z y p. 2. A. W. l. 28. Spadając z rusztowania doznał, obok ogólnych potłuczeń, wielokrotnego złamania kości podudzia lewego. Rtg. w chwili przyjęcia wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej w połowie wysokości trzonu, oraz nadkostkowe złamanie strzałki. Powierzchnie złamania przebiegają skośnie od przodu do tyłu, wolny zaś odłam jest nieznacznie tylko przemieszczony do środka i ku tyłowi.

W narkozie ogólnej nastawiono złamanie i założono ustalający opatrunek gipsowy. Kontrola rtg. (rys. 4.) wykazała anatomiczne ustawienie odłamów. Na zdjęciach kontrolnych wykonanych w dwa tygodnie po tym stwierdzono wtórne skrzywienie osi ku tyłowi, które jednak dało się łatwo poprawić przez przecięcie gipsu.

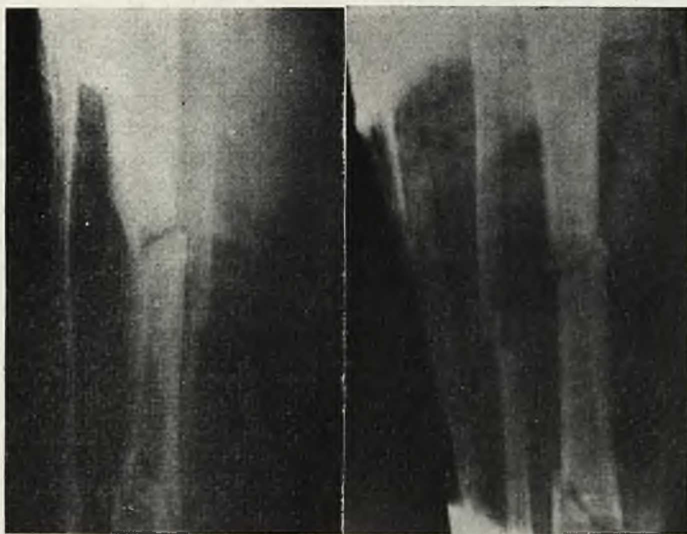
P r z y p. 3. M. J. l. 28. Przed dwoma godzinami w czasie ćwiczeń wojskowych, został odrzucony wybuchem miny prochowej na kilkanaście metrów, a padając na znajdujące się opodal gruzy uległ złamaniu uda i podudzia pr.

Po przyjęciu chorego do Instytutu stwierdzono: oparzenia II-go stopnia twarzy oraz przedramienia i dłoni lewej, złamanie poprzeczne kości udowej prawej oraz wielokrotne złamanie podudzia po tej samej stronie, rany darte na podudziu prawym w okolicy kostek oraz na grzbiecie stopy, w okolicy zaś stawu kolanowego pr. ranę szarpaną okalającą od strony przyśrodkowej rzepkę.



Rys. 5.

Rtg. (rys. 5) wykazał poprzeczne złamanie kości udowej z wolnym odłamem, oraz podwójne



Rys. 6.

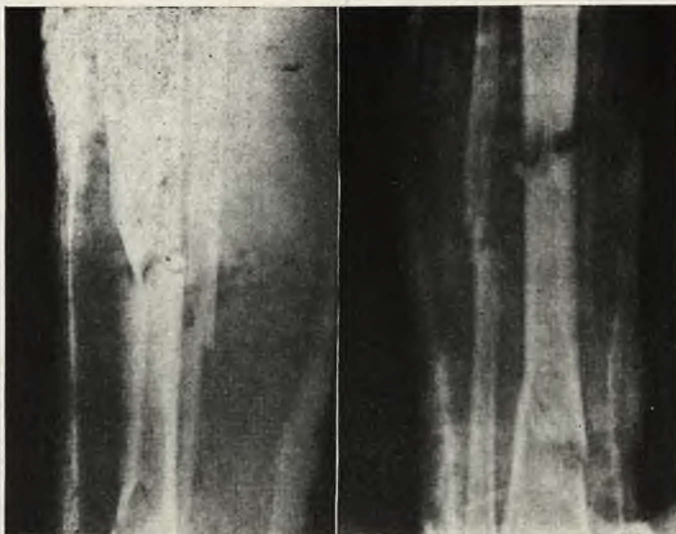
złamanie kości piszczelowej i strzałkowej, o powierzchniach złamania przebiegających skośnie na wysokości jednej trzeciej górnej i dolnej trzonu kości piszczelowej. Na wysokości górnej powierzchni złamania oś podudzia silnie kątowo przegięta ku tyłowi.



Rys. 7.

Po wycięciu ran i założeniu szwu pierwotnego, przystąpiono do nastawienia złamania podudzia w ten sposób, że przeprowadzono przez górną okolicę przynasadową gwóźdź Steinmanna, końce jego ujmując ramionami klamry. W ten sposób uzyskano przeciwwyciąg, właściwy zaś wyciąg stanowiła klamra Schmerza założona za kość piętową. W tym ułożeniu udało się uzyskać anatomiczne nastawienie odłamów (rys. 6). Ponieważ z uwagi na złamanie uda opatrunek gipsowy mógł sięgać tylko do kolana, wgipsowano gwóźdź Steinmanna. Złamanie kości udowej mogło być dzięki temu leczone na szynie pionowej za pomocą wyciągu stałego; opatrunek ten pozwalał poza tym na otwarte leczenie rany w okolicy stawu kolanowego. Wykonany po 2 tygodniach rtg. kontrolny (rys. 7) wykazał znacznego stopnia skrzywienie osi kończyny. Wobec tego musiano wykonać powtórną repozycję i dla zabezpieczenia się przed ponownym przesunięciem, przewiercono i przez dolny odcinek kości piszczelowej gwóźdź Steinmanna, którego końce wgipsowano w opatrunek ustalający. Po ostatnim nastawieniu (rys. 8) udało się dzięki temu utrzymać poprawne ustawienie odłamów aż do czasu konsolidacji. Po 6-ciu tygodniach usunięto równocześnie wyciąg za kłykcie kości udowej oraz gwoździe Steinmanna i przystąpiono do stopniowego uruchamiania stawu kolanowego.

P r z y p. 4. K. S. l. 30; chory podaje, że przez 8 tygodni pozostawał w leczeniu w jednym ze szpitali poza Warszawą z powodu złamania podudzia lewego. W czasie leczenia kilkakrotnie podejmowano próby nastawienia złamania, które jednak nie powiodły się, wobec czego chory zgła-



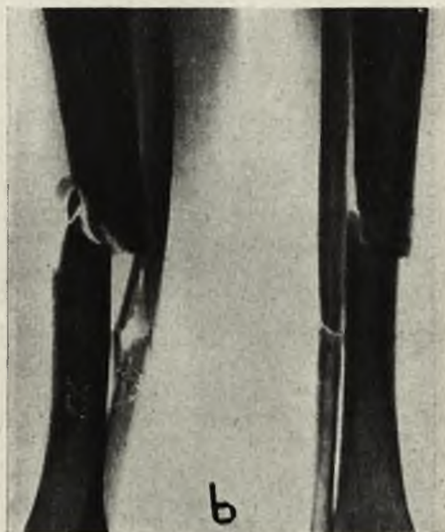
Rys. 8.

sza się do Instytutu z prośbą o dalsze leczenie. Stan miejscowy: podudzie lewe zniekształcone przez wygięcie jego osi ku tyłowi. Poprzez skórę wyczuwa się wysterczające odłamy kości. Na



Rys. 9.

skórze w tej okolicy daleko posunięte zmiany troficzne. Rtg. wykazał podwójne złamanie kości piszczelowej i strzałki z wolnymi odłamami. Ponieważ próba nastawienia bezkrwawego nie powiodła się, wobec już dość silnie zaawansowanego zrostu kostnego, rozdłutowano operacyjnie dolną powierzchnię złamania i po nastawieniu założono gwoździe Steinmanna powyżej i poniżej miejsca złamania wgipsowując je w opatrunek ustalający. Rtg. (rys. 9) wykazał poprawne ustawienie odłamków i osi kończyny.



Rys. 10.

P r z y p. 5. C. M. l. 42; chory podaje, że przed dwoma miesiącami został uderzony zderzakiem



Rys. 11.

samochodu w prawe podudzie. Początkowo leczono go z powodu złamania podudzia pr. w jednym ze szpitali poza Warszawą i, podobnie jak w przypadku poprzednim, nie udało się uzyskać zrostu odłamów. Po przyjęciu do Instytutu stwierdzono skośne złamanie w połowie wysokości trzonu kości piszczelowej, oraz nieco poniżej poprzeczne złamanie kości strzałkowej. Oś kończyny kątowa-



Rys. 12.

to załamana (rys. 10); na wysokości złamania stwierdza się nieprawidłową ruchomość. Wobec tego jednak, że zrost strzałki nie pozwalał już na poprawienie ułożenia odłamów kostnych, wykonano osteotomię strzałki. Po wbiciu 2 gwoździ Steinmanna (rys. 11) powyżej i poniżej miejsca złamania założono ustalający opatrunek gipsowy, pozwalając choremu obciążać kończynę. Po 8-miu tygodniach usunięto gwoździe Steinmanna i zmieniono gips na marszowy (rys. 12).

W przypadku I i II, jak wynika z przedstawionych historii chorób, udało się uzyskać przez nastawienie na stole wyciągowym odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych. Mimo tego, że kończyny unieruchomiono w szczelnym opatrunku gipsowym, już po 2 tygodniach w obu przypadkach nastąpiło wtórne przemieszczenie odłamków i wyraźne skrzywienie osi. Przemieszczenie to zostało wywołane cofnięciem się obrzęku i obluźnieniem opatrunku gipsowego. Najważniejszą jednak przyczynę przemieszczeń wtórnych w złamaniach wielokrotnych przypisać należy resorbcji powierzchni odłamków, przez co poszerza się szpara złamania i rozklinowane w ten sposób odłamy ulegają przemieszczeniu, a oś ulega skrzywieniu. Zjawisko to dało się zauwa-

żyć i w III z przytoczonych przypadków. Ze względu na złamanie kości udowej, które wymagało leczenia na wyciągu stałym, musiano po nastawieniu złamania podudzia poprzestać na opatrunku gipsowym do kolana. Aby uniknąć przemieszczenia odłamów, przeprowadzono przez górny odcinek kości piszczelowej gwóźdź Steinmanna, który został wgipsowany w opatrunek ustalający. Po 14-tu dniach jednak kontrola rtg. wykazała znaczne skrzywienie osi ku tyłowi. Mimo że nie stosowano wyciągu, dało się zauważyć znaczne poszerzenie szpary złamania. Dopiero wbicie drugiego gwoździa w okolicę przynasadową dolną utrwaliło powtórną repozycję i pozwoliło na utrzymanie jej, aż do czasu konsolidacji złamania. Przypadek V dotyczył chorego z zastarzałym skośnym złamaniem podudzia prawego, gdzie mimo opóźnienia konsolidacji nie udało się zwyczajnym postępowaniem uzyskać poprawy ustawiania odłamów kostnych. Oś kończyny poprawiono dopiero po osteotomii strzałki; aby zabezpieczyć odłamy przed wtórnym przemieszczeniem sprężynującej, włóknistej blizny, wykonano transfiksję.

Z obserwacji naszych przypadków dają się wysunąć następujące wnioski:

1. W czasie nastawiania złamań trzonów kości podudzia należy zwracać uwagę jedynie na ustawienie odłamków kości piszczelowej, gdyż strzałka ustawia się sama poprawnie.
2. Za dostateczny wynik repozycji uznać można takie ustawienie odłamków, gdzie oś kończyny jest prawidłowa, a styk uzyskano conajmniej w połowie przekroju kości przy braku przemieszczeń kątowych.
3. W przypadkach cięższych, a przede wszystkim w złamaniach wielokrotnych, dobry wynik końcowy uzyskać można przez zastosowanie transfiksji.

SPRAWOZDANIA Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALI

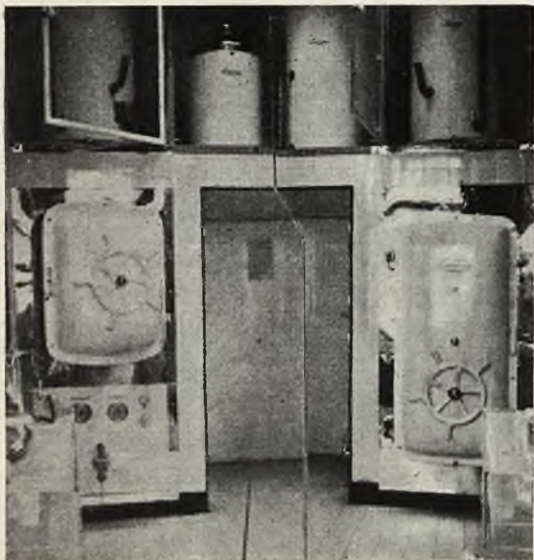
Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego Szpitala U. S. im. G. Narutowicza w Krakowie, za lata 1935 — 38.

(Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński*)

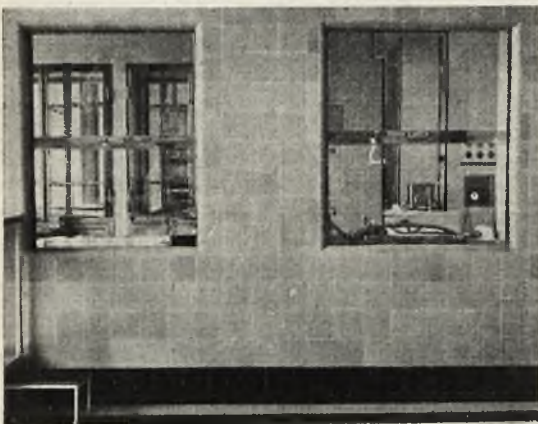
Oddział, otwarty w grudniu 1934 r., nowocześnie urządzony i wyposażony, zajmuje trzecie piętro pięciopiętrowego budynku. Powierzchnia zajmowanych przez oddział czterdziestu pięciu sal, ubikacyj dodatkowych i korytarzy (rozmieszczonych wzdłuż fasady frontowej, południowej strony dwu skrzydeł bocznych i środkowego skrzydła operacyjnego) wynosi 1.666,2 m², kubatura zaś 5.291 m³. W pierwszym roku istnienia szpitala oddział rozporządzał tylko 120 łóżkami. Mimo otwarcia w kwietniu 1938 r. specjalnego 60-łóżkowego oddziału traumatologiczno - ortopedycznego, zaszła potrzeba powiększenia ilości łóżek chirurgicznych, tak że dziś oddział posiada 150 łóżek, a roczne ich obłożenie wynosi 92,5%.

Chorzy mieszczą się w sześciu salach 12-łóżkowych, dwu — 8-mio, dwu — 7-mio i 14 separatkach 3 i 4 łóżkowych. Oddzielne sale przeznaczone są dla chorych bezpośrednio po operacji, dalej dla chorych po zabiegach czystych i ropnych, wreszcie dla dzieci. Separatki i pokoje lekarskie mieszczą się po jednej stronie korytarza głównego, po drugiej zaś — dwa pokoje opatrunkowe, kuchenki podręczne i schowki na bieliznę z 4 windami, łączącymi te ubikacje z kuchnią i pralnią, wreszcie winda osobowa i łóżkowa. Sale chorych posiadają włącznik do słuchawek radiowych. W środkowych i bocznych częściach gmachu są trzy klatki schodowe.

W środkowym skrzydle operacyjnym po środku mieści się sterylizacja *Lautenschlägera.* W ścianę działową, mieszczącą drzwi wejściowe są wmurowane dwa autoklawy (rys. 1), nad nimi zaś znajduje się aparat destylacyjny, z którego woda



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

rurami rozchodzi się po wszystkich piętrach, oraz dwa kotły z wodą sterylizowaną do mycia rąk. Ściany boczne działu sterylizacji łączą się przy pomocy okien ściennych (rys. 2), ze znajdującymi się po obu stronach salami operacyjnymi: przez jedno z nich bierze się wprost z autoklawu narzę-



Rys. 4.

dzia czyste, przez drugie—oddaje zużyte. Środkowy występ pokoju sterylizacyjnego zajmują szafy z narzędziami, sterylizator suchym powietrzem i cieplarka elektryczna (rys. 3). Sale operacyjne (rys. 4, 5) posiadają oświetlenie górne i boczne; trzy boczne okna podwójne, umocowane w ramie metalowej na pionowej osi obrotowej, pozwalają na przewietrzenie sali w ciągu kilku sekund. Sale



Rys. 5.

posiadają kryte kaloryfery, przy czym duży kaloryfer środkowy, zaopatrzony w termoregulator elektryczny, jest połączony ze specjalnym kotłem i przeznaczony na wypadek gdyby podczas mrozów ogrzanie sali od ogólnego centralnego ogrzewania okazało się niedostateczne. Lampy asciatyczne nad

stołami operacyjnymi połączone są z akumulatorami, które automatycznie zostają włączone w razie przerwania dopływu prądu z sieci miejskiej. Do sal operacyjnych przylegają: pokoje do mycia i przygotowalnie dla chorych, wreszcie po jednej stronie zaciemniona salka do skopii i zabiegów w nosie, gardle i krtani, po drugiej — pokój do przygotowania i przechowywania materiału operacyjnego i opatrunkowego.

Etaty: ordynator, laryngolog, 3 asystentów, 4 lekarzy adjutowanych, 8 pielęgniarek, 24 osoby personelu pomocniczego.

Ordynator i lekarze oddziałowi ogłosili drukiem 64 prace w języku polskim i około 20 w językach obcych.

Sprawozdanie, uwzględniające ilość chorych leczonych na oddziale w czasie ubiegłych trzech lat, wykonane zabiegi, powikłania pooperacyjne i śmiertelność przedstawione są graficznie; poszczególne tablice nie wymagają bliższego wyjaśnienia.

Niską stosunkowo śmiertelność pooperacyjną zawdzięczamy:

1. Stosowaniu hormonów płciowych przed operacją dla przygotowania chorego do zabiegu i w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej u ludzi starych i wyniszczonych chorobą.

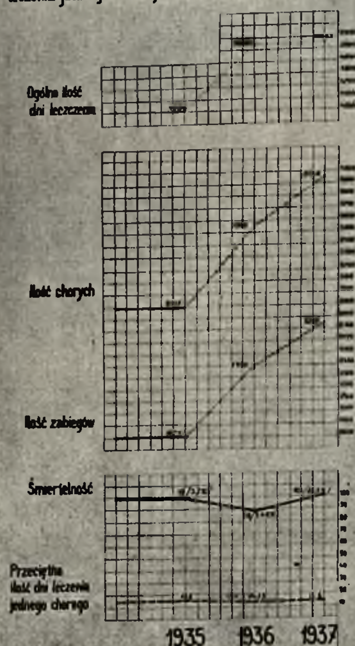
2. Stosowaniu sennarkolu (dawniej evipanu), jako wyłącznego środka usypiającego.

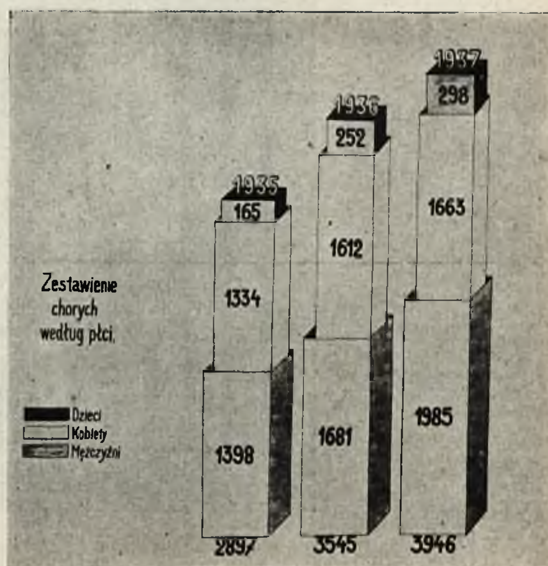
3. Łagodnemu operowaniu, mającemu na celu unikanie wszelkiego niepotrzebnego drażnienia zakończeń nerwowych w tkankach, a pośrednio zapobieganie chorobie pooperacyjnej w znaczeniu *Leriche'a.*

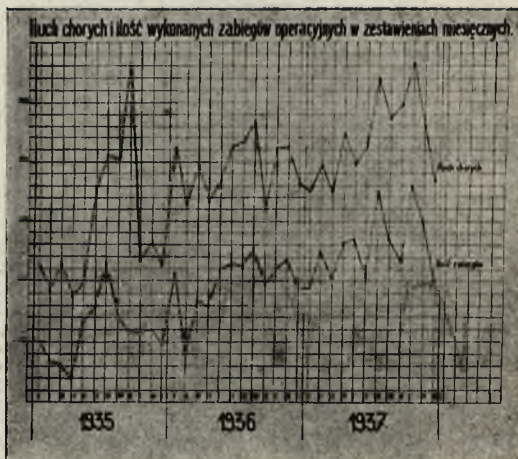
4. Liczeniu się ze stanem ogólnym chorego przy ustalaniu wskazań operacyjnych i wyborze zabiegu.

5. Starannej opiece pooperacyjnej.

WYKRESY.







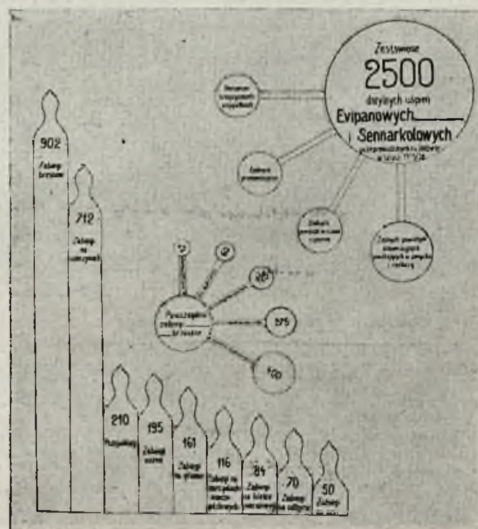
PRZEWLEKŁE

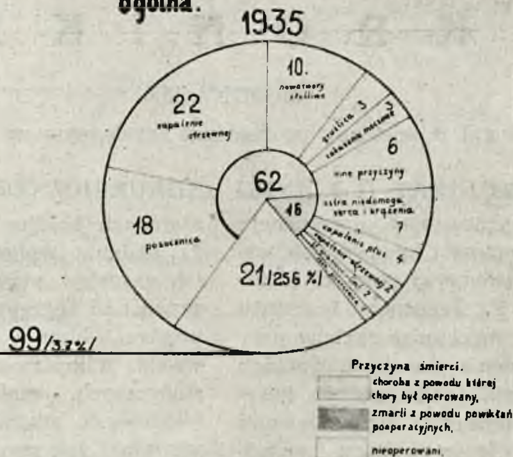
OSTRE

Wykonane zabiegi operacyjne.

1935
1936
1937



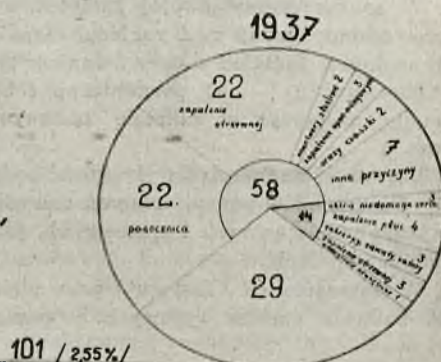




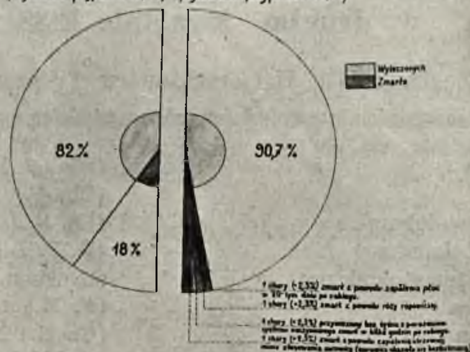
Śmiertelność
ogólna.
1935
10.
nowotwory złośliwe
22
zapalenie otrzewnej
gruźlica 3
3
6
inne przyczyny
62
ostra niedomoga serca i krążenia
16
18
posocznica
7
zapalenie płuc 4
21 /25,6 %/
99 /3,7 %/
Przyczyna śmierci.
choroba z powodu której chory był operowany.
zmarli z powodu powikłań pooperacyjnych.
nieoperowani.



1936
8
nowotwory złośliwe
16
zapalenie otrzewnej
gruźlica 3
6
zapalenie opon mózgowych
urazy brzucha
6
62
inne przyczyny
5
18
posocznica
9
17 /14,7 %/
88 /2,48 %/



1937
22
zapalenie otrzewnej
nowotwory złośliwe 2
urazy czaszki 2
7
inne przyczyny
58
22.
posocznica
14
zapalenie płuc 4
29
101 / 2,55 %/



Śmiertelność z powodu rozlanego ropnego
zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego
w latach 1935-36
przed stosowaniem surowicy
/ogólna ilość przypadków 117+21/
w roku 1937
w czasie stosowania surowicy
/ogólna ilość przypadków 44+4/
Wyleczonych
Zmarło
82 %
90,7 %
18 %

KRONIKA

NOMINACJA.

Doc. dr Jan Gruca został mianowany profesorem tytularnym na wydziale lekarskim U. J. K. we Lwowie.

KOMUNIKAT II KLINIKI CHIRURGICZNEJ U. J. P.

Zakończone zostały prace nad organizacją wstępną *Instytutu Badawczego Chirurgii Społecznej i Chirurgii Pracy Zawodowej* przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. Zadaniem Instytutu jest pogłębienie wiedzy o mechanice ruchów przy pracy w celu: 1) podniesienia stanu zdrowotnego robotników, 2) przedłużenia okresu energii twórczej człowieka, 3) zmniejszenia wypadkowości przy pracy przez umożliwienie naukowo uzasadnionej akcji zapobiegawczej, 4) zmniejszenia obciążeń instytucyj społecznych z tytułu wypadkowości i chorób zawodowych chirurgicznych.

W zakres pracy swojej Instytut włącza: 1) prowadzenie badań nad racjonalizacją gospodarki motorem ludzkim z ograniczeniem do aparatu ruchowego; 2) — a) poradnictwo i b) dokonywanie ekspertyz w zakresie podanym w punkcie 1.

Czynności te Instytut wykonywać będzie zarówno dla zakładów pracy, zrzeszeń zawodowych, instytucyj państwowych i społecznych, jako też pojedyńczych osób.

W szczególności Instytut prowadzić będzie: 1) badania ruchów typowych w poszczególnych zawodach kolejno według stopnia złożoności; 2) badania wpływu poszczególnych ruchów lub ich zespołów przy danej czynności roboczej; 3) prace nad segregacją ruchów lub ich zespołów z punktu widzenia ich szkodliwości, jak: powodowania mikrotraum, zbędnych wysiłków, zmian statycznych, zmian chorobowych w kośćcu, więzadłach, stawach, układzie mięśniowym, nerwowym i żylnym; 4) prace nad eliminacją szkodliwych ruchów lub ich zespołów z procesu pracy, oraz: 5) opracowywać wzorce czynności roboczych wolnych od skutków szkodliwych; 6) ustalać pracę optymalną w zakresie poszczególnych czynności roboczych; 7) rozwiązywać poszczególne zagadnienia z zakresu przystosowania człowieka do maszyny, a przede wszystkim maszyny do człowieka.

Kierownictwo Instytutu pozostaje w rękach *Prof. D-ra Adolfa Wojciechowskiego*, kierownika II Kliniki Chirurgicznej U. J. P., który prace te prowadzić będzie przy udziele *d-ra Adama Rużycznera* i *d-ra Leona Kaliny*, jako swoich zastępców. Zakład ten jest pierwszą tego rodzaju placówką naukową w Polsce.

WYSTAWA SZPITALNICTWA.

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa urządza *1. Ogólnopolską Wystawę Szpitalnictwa* w Warszawie od 10.IX do 2.X rb. w gmachu 1. Szpitala Okręgowego im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, ul. 6-go Sierpnia 39.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w drugim kwartale 1938 r.

Zestawił Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 2.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 4—6.
Czasopismo Sądowo-lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 2.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 3—6.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr 1—3.
Folia Morphologica	(F. M.) t. VIII Nr 1—2.
Gastrologia Polska	(Gastr.) Nr 1—2.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 2.

Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII Nr 3—6.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr 2.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr 1—2.
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie	(Kw. Kl. Star.) t. XVI Nr 3—4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr 1—2.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr 4—6.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXI Nr 4—6.
Medycyna	(Med.) Nr 7—12.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. D. Sp.) t. XXIII Nr 1—2.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr 4—6.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr 6—12.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 7—12.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr 1.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 4—6.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 14—26.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 4—6.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII Nr 4—7.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XVI Nr 1—2.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 52—54.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXIII Nr 1.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 4—6.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 13—24.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 4—6.

CHIRURGIA OGÓLNA.

96. **Bross W.** Wrażenia z pobytu w Szpitalach Londyńskich. P. P. Ch. Nr 4, s. 383—402.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

97. **Karwacki L.** Zakażenia paciorkowcowe — patogeneza i klinika. W. Cz. L. Nr 19, s. 362—365 i Nr 20, s. 381—385.

98. **Bohdanowiczówna Z., Ławrynowicz A., Szymańska J.** W sprawie patogenezy i epidemiologii zgorzeli gazowej. Med. D. Sp. Nr 1—2, s. 69—75.

99. **Hłasko F.** Chemoterapia zakażeń występujących w chirurgii, ginekologii i położnictwie. Med. pr. Nr 12, s. 253—264.

100. **Mossakowski J.** Tężec. P. P. Ch. Nr 4, s. 360—382.

101. **Nowak T.** Niezwykłe umiejscowienie się promienicy u dziecka. Ped. Pol. Nr 5, s. 287—290.

B. N o w o t w o r y.

102. **Płońskier H.** O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. W. Cz. L. Nr 14, s. 273—274, Nr 15, s. 291—293, Nr 16, s. 308—310, i Nr 17, s. 329—331.

103. **Nielipiński W.** Rola konstytucji u chorych na nowotwory złośliwe. Nowotw. Nr 1, s. 7—34.

104. **Grzędzielski J.** O przerzutach nowotworów do układu nerwowego. P. G. L. Nr 20, s. 397—399.

105. **Dmochowski L.** Dieta w nowotworach złośliwych. Gastr. P. Nr 1, s. 1—11.

106. **Manteuffel L.** Rola gruczołów wydzielania wewnętrznego w chorobie raka. W. L. Nr 4, s. 108—113.

107. **Róbin W. i Nusbaum J.** O raku rodzinnym. Gastr. P. Nr 2, s. 7—16.

108. **Jurasz A.** Obecne poglądy na uleczalność raka. Med. Pr. Nr 6, s. 119—126.

109. **Dmochowski L.** O metodzie leczniczej Freunda w schorzeniu rakowym. Nowotw. Nr 1, s. 93—101.

110. **Osuchowski M.** Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1935. Nowotw. Nr 1, s. 101—116.

111. **Stein W., Jankowski I. i Dworecki I.** Przypadek szpiczaka mnogiego ze zniszczeniem kręgów, objawami opuszkowymi i zmianami w chemizmie krwi. W. Cz. L. Nr 18, s. 341—345.

112. **Stojałowski K.** Z kazuistyki anatomo-patologicznej ziarnicy złośliwej. Now. Lek. Nr 11, s. 352—355.

113. **Spritzer M.** Rentgenoterapia ziarnicy złośliwej. P. G. L. Nr 18, s. 360—363.
Patrz także Nry: 133, 143, 151a, 152—154, 159, 161, 164, 166, 167, 174, 177, 184, 189 — 191, 197 i 203.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

114. **Dega W.** Orzecznictwo inwalidzkie w przewlekłych schorzeniach narządów ruchu. Now. Lek. Nr 7, s. 211—214 i Nr 8, s. 249—253.

115. **Maciejewski A.** Postawa dziecka a szkoła. Now. Lek. Nr 7, s. 202—210.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

116. **Klimowicz L.** Wskazania, błędy i powikłania przetaczania krwi na podstawie badań lat ostatnich. P. P. Ch. Nr 5, s. 492—516.

117. **Kostuch Z.** O odpowiednim doborze krwiodawców. Ped. Pol. Nr 5, s. 301—303.

118. **Rzepecki W.** Spostrzeżenia kliniczne nad wartością przetaczania krwi przechowywanej. P. P. Ch. Nr 5, s. 437—472.

119. **Lipińska W.** Wartość przetaczania krwi w klinice ostrych chorób zakaźnych. P. G. L. Nr 14, s. 269—270.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

120. **Gedroyć M.** Właściwości farmakologiczne nowego związku miejscowo znieczulającego „Locastin". P. G. L. Nr 24, s. 497—501.

121. **Boczko A.** Nakłucie lędźwiowe jako metoda lecznicza. T. N. Nr 6, s. 268—276.

122. **Jasieński J.** Nowe poglądy na chorobę pooperacyjną. Ch. P. Nr 5, s. 205—215.

123. **Michałowski E.** Aktualne poglądy na sprawę tzw. choroby pooperacyjnej. W. L. Nr 5, s. 129—133.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

124. **Sokołowski T.** Nowy gwóźdź do zespalania szyi kości udowej. Ch. P. Nr 4, s. 185—189.

125. **Pędzich J.** Nowa klamra wyciągowa i jej zastosowanie. Ch. P. Nr 6, s. 308—310.

126. **Gruchalski W. i Raczyński J.** Uwagi o leczeniu anstistreptiną. Ch. P. Nr 4, s. 190—194.

127. **Dobiecki K.** Doświadczenia z rozpuszczalną antistreptiną, jako środkiem przeciwpaciorkowcowym. Now. Lek. Nr 12, s. 387—390.

128. **Granatowicz J.** Nowy środek zastępujący atropinę — syntropan. Med. Nr 9, s. 314—346.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

129. **Łążyńska W.** Leczenie oparzeń skóry. Ped. Pol. Nr 6, s. 340—343.
Patrz także Nry: 132, 199—202 i 206—208.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

130. **Bober S.** O leczeniu czyraczności w pułku. L. W. Nr 4, s. 463-466 .

131. **Kiersnowski T.** Transport rannych przez sanitariuszy kompanijnych w piechocie. L. W. Nr 4, s. 474—476.
Patrz Nr 213.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.
Patrz Nry: 113, 137, 138, 152, 167 i 170—172.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

132. **Mamelok A. K.** O rozpoznawaniu złamań podstawy czaszki w warunkach pracy lekarza Pogotowia Ratunkowego. D. P. L. Nr 4—5, s. 1—9.

133. **Schneck L.** Rozważania dotyczące chirurgii i patologii opon mózgowych i perlaka w związku z operowanym i wyleczonym przypadkiem P. G. L. Nr 19, s. 378—380.

134. **Peter J.** Odprowadzenie wypadnięcia mózgu i jego zabezpieczenie. Ch. P. Nr 6, s. 291—298.

135. **Dreszer R.** Tętniaki mózgu. W. Cz. L. Nr 14, s. 261—266.

136. **Stankiewicz R. i Kowalewski M.** Encefalografia i wentrikulografia u dzieci w świetle spostrzeżeń własnych. Ped. Pol. Nr 5, s. 253—286.

137. **Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenodiagnostyki siodełka tureckiego. W. Cz. L. Nr 15, s. 288—291.

138. **Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenoterapii zespołów przysadkowych. W. Cz. L. Nr 20, s. 385—387.

139. **Sieniawski J. i Kossowski S.** O rzadkim przypadku mucocele zatoki czołowej. Ch. P. Nr 4, s. 173—178.

140. **Roth B.** Regulacja zębów sposobem chirurgicznym. D. Stom. Nr 1, s. 15—20.

141. **Szaniawska M.** Wyniki operacyj okołoszczękowych na Klinice chirurgicznej A. S. D. Stom. Nr 1, s. 30—33.
142. **Bohdanowicz F.** Kiła szczęk. D. Stom. Nr 3, s. 201—207.
143. **Schweig S. J.** Rak skórny wychodzący z blizny po operacji wyłuszczenia woreczka łzowego. Kl. Ocz. Nr 2, s. 200—201.
144. **Berkman M.** Przyczynek do leczenia czyraków górnej wargi i nosa. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 550—552.
145. **Niedźwiecki S.** Operacja wytwórcza wargi dolnej po jej wycięciu. P. P. Ch. Nr 5, s. 490—491.

B. S z y j a.

146. **Jankowiak A.** Kręcz karku mięśniowy — jego istota i leczenie. Now. Lek. Nr 7, s. 214—224.
147. **Landau A. i Deloff L.** Zespół wielogruczołowy tarczycowo-przytarczyczny. Med. Nr 11, s. 420—424.
148. **Burzyk G.** Wole w Cieszyńskim. G. L. Śl. Nr 2, s. 62—69.
149. **Wolfram K. i Pollak K.** Leczenie wstrząsu pooperacyjnego w chorobie Basedowa dożylnym podawaniem jodu. W. Cz. L. Nr 23—24, s. 435—436.
150. **Żniniewicz J.** O leczeniu wodą choroby Basedowa. Now. Lek. Nr 9, s. 265—269.
151. **Glatzel J.** Leczenie niewydolności serca i dusznicy bolesnej całkowitym wycięciem tarczycy. P. Ar. Med. Wew. Nr 1, s. 140—153.
151a. **Szmurło J.** Nowotwory złośliwe krtani. Monogr. Nr 53 i 54, s. 1—60.
152. **Imich J. i Lewenfisz M.** Przyczynek do rentgenoterapii nowotworów złośliwych krtani i gardzieli. W. Cz. L. Nr 20, s. 388—389.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

153. **Granatowicz J.** Rzadki przypadek mnogich przerzutów kostnych w raku sutka. Now. Lek. Nr 12, s. 380—387.
154. **Aleksandrowicz J.** Przypadek guzów śródpiersiowych niejasnego pochodzenia (granuloma benignum Sundelin?) P. G. L. Nr 15, s. 292—293.
155. **Ostrowski W.** Chirurgiczne leczenie niedokrwienia mięśnia sercowego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 644—656.
156. **Telatycki M.** Nowe kierunki techniki zapadowego leczenia gruźlicy płuc. Gruźl. Nr 2, s. 163—179.
157. **Ostrowski W.** Torakoplastyka — nadzieja i postrach chorych na gruźlicę płuc. Med. Przyr. Nr 6, s. 17.
158. **Kaszubski S.** Torakoplastyka w oczach pacjenta. Med. Przyr. Nr 6, s. 30—33.
159. **Łobacz S.** Naczyniak chłonny opłucnej. Med. pr. Nr 8, s. 175—176.
160. **Kon J.** Zgorzel płuca wyleczona wlewaniami nowarsenobenzolu do płuca. Ped. Pol. Nr 5, s. 291—293.
161. **Gackowski J. i Pruszczyński A.** Rak płuca z licznymi przerzutami u chorego kiłowego. Gruźl. Nr 2, s. 196—208.

D. J a m a b r z u s z n a.

162. **Wyszogrodzki M.** Przypadek przepukliny przeponowej uwięźniętej, powikłanej przedziurawieniem dna żołądka. Ch. P. Nr 4, s. 182—184.
163. **Wrześniowski W.** Opadnięcie żołądka i okrężnicy. P. P. Ch. Nr 4, s. 311—331.
164. **Śmigielski J.** Niedokrwistość złośliwa a rak żołądka. Med. Nr 10, s. 376—379.
165. **Ostrowski W.** Przypadek ropnia nadwątrobowego (Przyczynek do techniki wywoływania zrostów wewnątrzopłucnych). P. P. Ch. Nr 6—7, s. 608—617.
166. **Haber A.** Naczyniak jamisty wątroby. P. P. Ch. Nr 4, s. 349—359.
167. **Sitkowski W. i Grynkraut B.** Radioterapia raka wątroby. W. Cz. L. Nr 17, s. 323—326.
168. **Podlipski Z. i Lando B.** Zapalenie woreczka żółciowego, wywołane pałeczką gazotwórczą. Kw. Kl. Star. Nr 3—4, s. 163—169.
169. **Gout L.** Przyczyny powikłań i nawrotów po operacjach na pęcherzyku i drogach żółciowych. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 578—594.
170. **Joz B.** O cholecystografii. Gastr. Nr 1, s. 12—15.
171. **Sellig L.** O cholecystografii. Gastr. Nr 1, s. 16—17.
172. **Stankiewicz Z.** O cholangiografii. Med. Nr 12, s. 470—474.
173. **Zembrzuski J.** Badania czynnościowe trzustki i ich znaczenie w chirurgii. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 657—673.
174. **Markert W.** Wpływ guzów trzustki na sprawność wydzielniczą nerki. P. Ar. Med. Wew. Nr 2, s. 397—405.
175. **Lewandowski Z.** Z kazuistyki uchyłków przewodu pokarmowego. Ch.P. Nr 5, s. 225—227
176. **Byszewski T.** Przedziurawienie jelita i zapalenie otrzewnej w durze brzusznym. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 553—567.

177. **Wodziński M.** O pierwotnych mięsakach jelit. Nowotw. Nr 1, s. 35—65.
178. **Gawlikowski Cz.** Wartość rozpoznawcza objawów w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 568—577.
179. **Rafałowski J.** Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w wieku podeszłym a lekarz praktyk. P. G. L. Nr 26, „Prakt. lek." ark. 6, s. 133—136.
180. **Celarek J. i Stetkiewicz S.** Beztlenowce w zapaleniach wyrostka robaczkowego. Med. D. Sp. Nr 1—2, s. 79—82.
181. **Chłopicki W. i Hornicki P.** Niezwykłe powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego: zapalenie opon mózgordzeniowych wywołane przez prątki okrężnicy. Ch. P. Nr 5, s. 228—231.
182. **Traczyk Z.** Technika zamknięcia odbytu sztucznego. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 640—643.
183. **Szerszyński B. i Majewski J.** Zapalenie esicy i zapalenie okołoesicze (sigmoiditis et perisigmoiditis). Med. Nr 8, s. 280—282.
184. **Rosenfeld J.** O operacyjnym leczeniu raka prostnicy. Monogr. Nr 52, s. 1—40.
185. **Wyszogrodzki M.** O elastycznej tamponadzie w krwotokach z odbytu i nosogardzieli. Med. Nr 7, s. 255—256.
186. **Śledziewski H.** Hernia retroperitonealis completa Treitzii. Ch. P. Nr 6, s. 279—290.
187. **Kłaczyński M.** Przypadek gruźlicy otrzewnej z pęknięciem powłok brzusznych. Med. pr. Nr 8, s. 176—177.
188. **Leński M.** Białaczka szpikowa po wycięciu pozimniczego guza śledziony, przebiegającego z poliglobulią. P. G. L. Nr 17, s. 339—341.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

189. **Mossakowski J. i Manteuffel-Schoege L.** Przyczynek do guzów mieszanych nerki (lipo-myo-haemangioma renis). P. P. Ch. Nr 5, s. 425—436.
190. **Traczyk Z.** Duży łagodny mieszany guz nerki (lipoma et myofibroma vascularisatum renis). P. P. Ch. Nr 6—7, s. 634—639.
191. **Czubalski S.** Przypadek nadnerczaka nerki z towarzyszącą mu czerwienicą. P. P. Ch. Nr 6, s. 306—308.
192. **Buchacz M.** Przypadek wady rozwojowej moczowodów, powikłany roponerczem i kamicą. Ch. P. Nr 4, s. 178—181.
193. **Nathan F.** Przetoka moczownika. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 604—607.
194. **Motz A. J.** Ciała obce w pęcherzu moczowym. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 595—603.
195. **Michałowski E.** O wziernikowaniu pęcherza w przetokach pęcherzowo - pochwowych. Gin. P. Nr 5—6, s. 387—389.
196. **Wyrwicki.** Przetoka moczowa pęcherzowo-szyjkowa i jej epilog. Now. Lek. Nr 11, s. 355—358.
197. **Laufer F.** Włókniako - mięśniak przegrody pęcherzowo - pochwowej. Gin. P. Nr 5—6, s. 391—400.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

198. **Łobza W.** O możliwościach leczenia w warunkach zdrojowiskowych zesztywniających i zniekształcających schorzeń kręgosłupa. P. G. L. Nr 22, s. 458—460.
199. **Sołtysik A.** Kilka uwag w sprawie oceny urazów kręgosłupa. Ch. P. Nr 4, s. 169—173.
200. **Wagner T.** Z kazuistyki zwichnięć kręgosłupa szyjnego. Ch. P. Nr 5, s. 240—243.
201. **Felc W.** Przypadek skręcenia karku. Cz. S. L. Nr 2, s. 105—112.
202. **Śpiewankiewicz S.** W sprawie leczenia złamań kręgosłupa. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 624—631.
203. **Chłopicki W. i Jasieński J.** Przypadek guza rdzenia. Ch. P. Nr 5, s. 232—239.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

204. **Rutkowski J.** O. tzw. pourazowym zakrzepowym zapaleniu żył kończyny górnej. P. P. Ch. Nr 6—7, s. 618—623.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

205. **Lewandowski Z.** Ostre zapalenie stawu biodrowego. Ch. P. Nr 4, s. 161—169.
206. **Ambros Z.** Leczenie biodra szpotawego pourazowego. Ch. P. Nr 5, s. 215—225.
207. **Markowski B.** Leczenie zastarzałych źle zrośniętych złamań trzonu kości udowej. Ch. P. Nr 6, s. 259—279.
208. **Kugler A.** Leczenie zamkniętych złamań trzonu kości udowej. P. P. Ch. Nr. 4, s. 332—348.
209. **Majewski J.** Patogeneza i leczenie palucha koślawego. P. P. Ch. Nr 5, s. 473—489.
210. **Jakimowicz J.** Rzadki przypadek wielopalczastości. P. G. L. Nr 23, s. 476—478.
211. **Śpiewankiewicz S.** Leczenie zakrzepów żylnych kończyn dolnych za pomocą opatrunku uciskowego. Ch. P. Nr 6, s. 299—306.
212. **Pieniążek J.** Leczenie zdrojowo - kąpielowe stanów pozakrzepowych kończyn dolnych. P. G. L. Nr 22, s. 468—470.
213. **Sidorowicz W.** Wpływ motocyklizmu na kończyny dolne. Med. Nr 12, s. 474—478.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 9

WRZESIEŃ 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, WRZESIEŃ 1938 r. Nr 9

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.
Kierownik: *Dr E. Witkowski.*

O przygotowaniu chorych do operacji za pomocą wstrzykiwań dożylnych skopolaminy, eukodalu i efetoniny

podali

Dr Fr. Niewiadomski i Dr J. Rosenfeld.

I.

W obecnej dobie znieczulenie miejscowe i dożylne zyskuje coraz więcej zwolenników; uśpienie eterem, które po erze chloroformowej do niedawna było uważane za najmniej niebezpieczny środek znieczulający, zaczęło z czasem tracić na wartości. Pomijając kwestię bezpośredniej zapaści, występującej stosunkowo rzadko w narkozie eterowej, oraz tak częstych powikłań płucnych, spostrzegano szereg ujemnych następstw w przebiegu pooperacyjnym, które zaczęto przypisywać działaniu eteru, jak uporczywe wymioty, dłużej trwające stany porażenne jelit, zaburzenia krążenia i przemiany materii. Badania kliniczne i doświadczalne nad zespołem objawów pooperacyjnych, określanym dzisiaj mianem choroby pooperacyjnej, zwróciły również uwagę na działanie toksyczne eteru. Udowodnione zostało, że eter, podobnie jak chloroform, aczkolwiek w słabszym stopniu szkodzi wątrobie oraz innym miąższowym narządom i powoduje głębsze zmiany w przemianie materii.

Nic więc dziwnego, że coraz więcej stosuje się znieczulenie miejscowe i dożylne w celu uniknięcia lub zmniejszenia wyżej wspomnianych powikłań. Dziś już nie ma prawie żadnej dziedziny chirurgii, w której by nie usiłowano przeprowadzać zabiegów w znieczuleniu miejscowym. Operacje mózgowe, zabiegi na twarzy, szyi, klatce piersiowej, mniejsze zabiegi brzuszne, są dzisiaj przez większość chirurgów prawie zwykle wykonywane w znieczuleniu miejscowym. Również operacje plastyczne z dziedziny kosmetyki chirurgicznej są prawie wyłącznie terenem znieczulenia miejscowego. W dłuższych i większych zabiegach brzusznych, w których uśpienie eterem kryje dla chorego szczególne niebezpieczeństwo, znieczulenie miejscowe nie zyskało dotychczas pełnego prawa obywatelstwa. W zabiegach operacyjnych na żołądku i drogach żółciowych znieczulenie miejscowe zawodzi często, mimo udoskonalonej techniki i blokowania nowokainą splotów trzewnych sposobem *Kappisa* lub *Brauna,* tym bardziej, że nie możemy bezkarnie powiększać ilości stosowanej nowokainy bez obawy zatrucia i zapaści na tym tle. Wysokie znieczulenie rdzeniowe, stosowane przez niektórych chirurgów w zabiegach operacyjnych nadbrzusza, kryje w sobie niebezpieczeństwo ze względu na spadek ciśnienia i możliwość porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego. Względnie bezpieczny sposób *Kirschnera,* polegający na znieczuleniu dowolnego odcinka rdzenia za pomocą

plomby perkainowej, nie znalazł dotychczas wielu zwolenników ze względu na zbyt złożoną technikę oraz konieczność stosowania specjalnego instrumentarium. Uśpienie dożylne evipanem lub krajowym sennarkolem, używane z początku tylko przy krótkotrwałych zabiegach, stosuje się również z powodzeniem w dłuższych zabiegach brzusznych w postaci t. zw. kropelkowej narkozy dożylnej; uśpienie to zawodzi również często ze względu na niemożność przekroczenia maksymalnej dawki.

Widzimy więc z powyższego, że kwestia znieczulenia w dłuższych zabiegach brzusznych nie jest całkowicie rozwiązana, nic więc dziwnego, że są sygnalizowane z wielu stron próby i usiłowania udoskonalenia tej metody.

W przypadkach operacyj, wykonywanych w znieczuleniu miejscowym, wchodzi w grę czynnik psychiczny. Bardzo często mamy do czynienia z osobnikami o zbyt wrażliwym i chwiejnym systemie nerwowym, których trudno namówić na poddanie się zabiegowi bez uśpienia ogólnego. Obawa przed bólem i przeświadczenie pełnej świadomości podczas operacji sprawia, że się chorzy godzą na operację tylko pod warunkiem narkozy. Biorąc pod uwagę ten stan podniecenia i zdenerwowania jesteśmy zmuszeni często rezygnować ze znieczulenia miejscowego na korzyść uśpienia ogólnego nawet w mniejszych zabiegach.

Od dawna starano się wpłynąć na psychikę w ten lub ów sposób w celu umożliwienia operacji w znieczuleniu miejscowym. Wieczorem przed operacją stosowano środki nasenne, przed samym zabiegiem wstrzykiwano morfinę lub pantopon w celu zmniejszenia wrażliwości na ból, podczas zabiegu starano się odwrócić uwagę chorego przez prowadzenie rozmowy (t. zw. narkoza psychiczna). W ostatnich czasach próbowano nawet w niektórych zakładach za pomocą muzyki radiowej zaprzątnąć umysł chorego. Równocześnie zaczęto poszukiwać odpowiednich środków farmakologicznych, które by mogły przyczynić się wybitnie do uspokojenia podrażnionej psychiki chorego. Do tych leków, jak wiemy, należy przede wszystkim skopolamina, stosowana chętnie i szeroko przez neurologów i psychiatrów. W chirurgii od czasu do czasu zjawiały się próby podawania skopolaminy z morfiną podskórnie przed operacją, sposób ten jednak nie przyjął się, działanie bowiem skopolaminy okazało się niepewne, a wrażliwość indywidualna na tę truciznę podlega znacznym wahaniom, w granicach nawet od 1 do 200 mg, jak podaje *Cushny*. Tym się tłumaczy szereg niepowodzeń i powikłań zniechęcających chirurgów do szerszego stosowania skopolaminy podskórnie.

Działanie toksyczne skopolaminy objawia się przede wszystkim spadkiem ciśnienia krwi i porażeniem ośrodka oddechowego. Próbowano za pomocą dodania innego leku antagonistycznego pozbawić skopolaminę tych właściwości toksycznych. W r. 1926 podaje *Keitmair* z pracowni farmakologicznej zakładów Mercka w Darmsztacie pierwsze pomyślne wyniki. Za radą kierownika tej pracowni *Eichholza* zastosował on adrenalinę. Wykazał drogą doświadczeń na zwierzętach, że skopolamina podana dożylnie równocześnie z adrenaliną nawet w dawce śmiertelnej, jest dobrze znoszona, ciśnienie krwi nie ulega spadkowi, a oddech nie zmienia się. Z powodu krótkotrwałego działania adrenaliny musiano ponawiać wstrzykiwanie jej, gdyż pojawiały się na nowo ujemne skutki skopolaminy. W poszukiwaniu trwalszego leku o podobnym działaniu sięgnięto do efedryny, ewentualnie jej odpowiednika syntetycznego — efetoniny. Równocześnie stwierdzono, że efedryna zwal-

cza objawy zatrucia ze strony skopolaminy, ale nie znosi jej działania kojącego. Przez podniesienie napięcia naczyń zwalcza się spadek ciśnienia, przez podrażnienie ośrodka oddechowego przeciwdziała się jego porażeniom. Skombinowanie skopolaminy z morfiną lub eukodalem w celu spotęgowania działania analgetycznego nie znosi bynajmniej działania antagonistycznego efedryny. Łatwo da się to wytłumaczyć tym, że morfina, podobnie jak skopolamina, działa przede wszystkim na ośrodek oddechowy. W pracy francuskiej, ogłoszonej w r. 1937 przez *Blocha, Rollanda* i *Viellefosse'a,* znajdujemy potwierdzenie tez *Keitmaira.* Autorzy ci wykazują na podstawie szeregu doświadczeń, że zaburzenia krążenia i oddechu przy podawaniu dożylnym skopolaminy z morfiną, udaje się usunąć przez dodanie efedryny. Stosują poza tym jeszcze narkotynę, pochodną opium, która jest silnym środkiem pobudzającym ośrodek oddechowy, jak wykazał *Meissner,* oraz równocześnie zwiększa, według *Waltera* i *Strauba,* przeciwbólowe działanie morfiny.

Jako pierwszy stosował *Eisenberg* (1920) dożylnie skopolaminę w połączeniu z amnezyną u rodzących; rzekomo miał dobre wyniki, jak podaje w swej pracy i wobec tego zaleca gorąco wypróbowanie tej nowej metody. *Jacobaeus* radził (1933) dożylne wstrzykiwanie morfiny w celu zwalczania bólów u rakowatych nie nadających się już do operacji. W tym samym czasie wykonywał *Fervers* iniekcje dożylne morfiny przed operacjami w znieczuleniu miejscowym. Ale właściwie dopiero klinika *Kirschnera* podjęła w Heidelbergu na szerszą skalę wypracowanie metody dożylnej, opierając się na wspomnianych pracach doświadczalnych. W celu opanowania psychiki pacjenta podał *Kirschner* w 1930 sposób przygotowania do narkozy eterowej, polegający na podawaniu dożylnym awertyny. Pod wpływem tego chorzy tracili błyskawicznie przytomność i zasypiali bez przykrego uczucia duszenia — sposób ten był podstawą uśpienia ogólnego. Przed operacjami w znieczuleniu miejscowym próbowano, w celu oszołomienia chorego, podawania evipanu lub eunarkonu w małych dawkach dożylnych, chorzy jednak albo budzili się po kilkunastu minutach z wielkim niepokojem w stanie półświadomości, albo po przekroczeniu dawki pewnej wysokości zasypiali, co naturalnie chybiało celu.

Dopiero zastosowanie skopolaminy z eukodalem i efetoniną dało dobry wynik: okazało się, że skopolamina, według publikacji *Phillipidesa* z tejże kliniki, w dawce dożylnej nie przekraczającej ½ miligrama w połączeniu z efetoniną, może być bezkarnie stosowana, a badania kliniczne nie wykazały ujemnego wpływu ani na ciśnienie, ani na czynność serca i oddech. Należy tu zaznaczyć, że zasadniczym warunkiem, aby kojące działanie skopolaminy wystąpiło w całej pełni, jest dobra technika znieczulenia miejscowego lub lędźwiowego. Niedostateczne zniesienie bólu przez wadliwe znieczulenie niweczy dodatni wpływ skopolaminy.

W zabiegach dłuższych, mimo przerwania przewodnictwa bólowego, chorzy tracą cierpliwość, denerwują się, są niespokojni, nieraz dochodzi, pomimo zablokowania miejscowego układu współczulnego i przywspółczulnego, do mdłości i odruchów wymiotnych np. przy pociąganiu sieci lub krezki przy zabiegach na żołądku lub drogach żółciowych. Wszystkie te objawy możemy skutecznie zwalczać lub przeciwdziałać im za pomocą wstrzykiwań dożylnych skopolaminy. Działanie tej ostatniej uzewnętrznia się z początku w uczuciu miłego uspokojenia i pewnego zmęczenia. Chorzy dotychczas zdenerwowani i niespokojni o swój los, stają się obojętni,

po 3 — 4 min. występuje lekka senność. W wyjątkowych przypadkach przy większej wrażliwości na skopolaminę zjawia się sen. W przeciwieństwie do evipanu nie obserwowano nigdy stanów niepokoju z nieskoordynowanymi ruchami. Stosowanie dożylne ma tę wyższość nad podawaniem podskórnym, że skutek działania występuje odrazu, prawie błyskawicznie. Już podczas wstrzykiwania możemy się przekonać o wrażliwości pacjenta i według tego regulować dawkę. Przy zabiegach w znieczuleniu miejscowym należy stosować skopolaminę dożylnie tuż przed samym znieczuleniem lub na kilka minut przed rozpoczęciem zabiegu znieczulającego. W znieczuleniu lędźwiowym lepiej jest wstrzykiwać skopolaminę po wykonaniu znieczulenia, w celu dokładnego przekonania się o wysokości zasięgu dokonanego znieczulenia. *Paschoud* w Lozannie stosuje od niedawna metodę kliniki *Kirschnera* i jest z niej całkowicie zadowolony. *Sibner* ze Sztutgartu łączy podawanie dożylne skopolaminy z dilaudidem, wzorując się na publikacjach, które ogłosili *Rost* i *Boit*. Dilaudid ma być udoskonalonym preparatem morfinowym; wyniki są rzekomo bardzo zachęcające. Potwierdził to *K. Czyżewski* z Drohobycza, który na ostatnim Polskim Zjeździe Chirurgicznym ogłosił wyniki swej pracy nad przygotowaniem chorych wyżej wspomnianą mieszanką, stosował jednak tylko wstrzykiwania podskórne.

II.

Jak zaznaczyliśmy na wstępie, problem ulepszenia przygotowania „psychicznego" do operacji, wysuwa się na pierwszy plan w większych zabiegach brzusznych.

W oddziale chirurgicznym szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie materiał operacyjny należy przeważnie do dziedziny chirurgii miękkiej: 70 — 75% stanowią operacje wykonywane w jamie brzusznej. W ostatnich latach stosowaliśmy coraz częściej i szerzej znieczulenie miejscowe. Uśpienie eterowe wykonywaliśmy tylko w wypadkach, w których zabieg nie dałby się wykonać bez narkozy, poza tym byliśmy często zmuszeni uciekać się do narkozy u chorych nerwowych i wrażliwych. Zachęceni dobrymi wynikami i łagodnym przebiegiem pooperacyjnym staraliśmy się rozszerzyć nasze wskazania do znieczulenia miejscowego i ulepszyć jego technikę. W poszukiwaniu nowych dróg zainteresowaliśmy się pracami, które wyszły z kliniki *Kirschnera*. Jeden z nas *(Niewiadomski)* podał w r. 1935 streszczenie pracy *Phillipidesa* („Medycyna Współczesna") omawiającej metodę postępowania kliniki w Heidelbergu, a będąc w ubiegłym roku w celach naukowych w Szwajcarii miał możność zaznajomienia się ze stroną praktyczną tej metody u *Paschoud,* który jest gorącym zwolennikiem stosowania skopolaminy przed operacją. W końcu ubiegłego roku podjęliśmy sami badania nad faktyczną wartością tej metody.

Sposób postępowania i technika wstrzykiwań.

Posługujemy się następującym roztworem: skopolamina 0.0005, eukodal 0.01, efetonina 0.025, aq. destill. ad 1 cm^3 (S. E. E.). Roztwór ten w ampułkach jałowych dostarczyła nam wytwórnia Ubezpieczalni Społecznej. Wstrzykujemy środek ten tuż przed operacją, jeżeli chodzi o znieczulenie miejscowe, a 20 minut przed operacją w znieczuleniu dożylnym lub inhalacyjnym. Pomimo, że podanie

równocześnie efetoniny ze skopolaminą przeciwdziała ujemnym skutkom tej ostatniej, należy ostrożnie dawkować, gdyż wrażliwość indywidualna na ten lek jest bardzo różnorodna. Z tego powodu należy wstrzykiwać bardzo powoli. Ze względów praktycznych opracowaliśmy następującą technikę, która nas w zupełności zadowoliła: po wkłuciu igły do żyły wprowadzamy do krwiobiegu 0,05 cm^3 (½ podziałki strzykawki 1 cm.), potem liczymy dosyć wolno do 15 i wprowadzamy znowu tę samą ilość płynu. Wstrzykując w tym tempie unikamy przedawkowania nawet u osób bardzo wrażliwych na skopolaminę. W chwili, gdy chory (odpowiednio uprzedzony), zaczyna się uskarżać na zawrót głowy lub szum w uszach oraz mroczki przed oczami, przerywamy wlewanie dożylne. Postępując w ten sposób unikamy przedawkowania, a z drugiej strony zastosowana dawka jest wystarczająca, by wystąpiło odpowiednie działanie. Ilość podanego roztworu S. E. E. jest też z tego powodu różnorodna: u jednych wspomniane objawy (zawroty, szum), zjawiają się już po wstrzyknięciu 0,4 cm^3, u innych dochodzimy do 0,8, 0,9 lub 1 cm^3. U nas występowało to tym bardziej jaskrawie, ponieważ nie dobieraliśmy materiału chorych ani co do wieku, ani co do ich ogólnego stanu zdrowia. Na ogół osobnicy młodzi, silniejsi potrzebowali większej dawki, mężczyźni większej niż kobiety, ustalić jednak jakiegoś szablonu lub przeciętnej dawki nie można. U osób charłaczych i wycieńczonych należy dawkować bardzo ostrożnie, bo w tych przypadkach wystarcza często minimalna dawka.

Przygotowanie za pomocą dożylnego wstrzyknięcia S. E. E. wykonaliśmy dotychczas w 80 przypadkach. Załączamy zestawienie tych przypadków na tablicy I, str. 424 — 6.

Odpowiednio grupując przypadki otrzymamy następujące zestawienie:

Tablica II.

Rodzaj operacji	*ilość przypadków*
Appendectomia	21
Resectio ventriculi	12
Cholecystectomia	11
Resectio strumatis	9
Operatio radicalis herniae	9
Laparotomia explorativa	3
Fixatio uteri et appendectomia	2
Nephrotomia, ureterotomia	1
Op. modo Moscovitz	2
Op. radicalis varic. haemorrhoid.	2
Excisio fistulae ani	2
Revisio vesicae felleae et appendectomia	1
Extirpatio tumoris reg. femoris	1
Prostatectomia	1
Sympathectomia ventriculi m. Latarjet	1
Resectio coeci	1
Pyelotomia	1
Razem	80

Aby móc wyciągnąć odpowiednie wnioski nie dobieraliśmy, jak widać z tablicy II, przypadków do obserwacji. Rozpiętość wieku operowanych chorych była duża: najmłodszy liczył lat 17, najstarszy 70. Jeżeli w naszej statystyce przeważa ilość kobiet (52 na 28 mężczyzn), to należy tłumaczyć to większym stanem zdenerwowania i silniejszą obawą przed operacją w znieczuleniu miejscowym. Nie dobieraliśmy też przypadków pod względem rodzaju schorzeń i operacji. Obserwacje nasze dotyczą zarówno operacyj krótkotrwałych i nieskomplikowanych, jak usunięcie wyrostka robaczkowego w przewlekłym zapaleniu, jako też zabiegów cięższych np. na

T A B L I C A I.

Nr	Lat	Rozpoznanie	Rodzaj operacji	Rodzaj znieczulenia	Ilość wstrzyknięt. S.E.E.	Wynik	U W A G I
1	46	Retroflexio uteri et appendicitis	Fixatio uteri m. Dartigne et appendectomia	Sennarkol 11 cm	0,5 cm	+++	Spała b. dobrze.
2	18	Appendicitis chronica	Appendectomia	Novocain 0,5%	0,5 „	—	Podłoże wybitnie nerwowe. Bardzo duże podniecenie.
3	61	Ca ventriculi	Laparotomia explorativa	Sennarkol 6 cm	0,4 „	++++	Po wstrzyknięciu 2,5 cm sennarkolu chora spała.
4	44*	Appendicitis acuta	Appendectomia	Novocain 0,5%	0,8 „	+++	
5	37	„ „	„	„ „	0,5 „	+++	
6	30	„ „	„	„ „	0,4 „	+++	Sami zeszli ze stołu operacyjnego. Przebieg pooperacyjny gładki.
7	28	„ „	„	„ „	0,6 „	+++	
8	25	„ „	„	„ „	0,6 „	+++	
9	28	„ „	„	„ „	0,5 „	+++	
10	26	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,6 „	++++	
11	53	Cholecystitis calculosa	Cholecystectomia	„ „	0,5 „	++++	
12	53	Ulcus ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 8,5 cm	0,4 „	++++	Spała bardzo dobrze.
13	30	Struma	Resectio strumatis	Novocain 0,5%	0,4 „	++++	
14	27*	Appendicitis gangraenosa	Appendectomia	„ „	0,7 „	+++	
15	36	„ acuta	„	„ „	0,6 „	+++	
16	49	Ca ventriculi	Ressectio ventriculi	Sennarkol 3 cm	0,5 „	++++	
17	27	Calculus urethrae	Extractio calculi, urethrotomia	„ 5,5 „	0,4 „	++++	Spały bardzo dobrze.
18	62	Ca ventriculi	Resectio ventriculi	„ 2 „	0,6 „	+++	
19	22*	Appendicitis subacuta	Appendectomia	Novocain 0,5%	0,6 „	+++	O własnych siłach zeszli ze stołu operacyjnego. Przebieg gładki.
20	27*	„ „	„	„ „	0,8 „	+++	
21	26	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,5 „	++++	Chora spała prawie przez cały czas trwania zabiegu bez narkozy.
22	21*	Hernia inguinalis sin.	Oper. radicalis herniae	„ „	0,7 „	+++	
23	54	Varices cruris	Oper. m. Moscovitz	„ „	0,75 „	+++	
24	32*	Appendicitis chr. exacerb.	Appendectomia	„ „	0,6 „	+++	
25	56	Ulcus ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 2 cm	0,5 „	++++	Spała przez cały czas b. dobrze mimo małej dawki narkozy.
26	37*	Hernia inguinalis incarcerata	Oper. radicalis herniae	Novocain 0,5%	0,8 „	++++	
27	30*	Hernia femoralis incarcerata	„ „ „	„ „	0,8 „	+++	

Nr	Lat	Rozpoznanie	Rodzaj operacji	Rodzaj znieczulenia	Ilość wstrzyknięt. S E.E.	Wynik	U W A G I
28	48	Cholecystitis calculosa	Cholecystectomia et choledochotomia	„ „	0,7 cm	++++	Chora doskonale zniosła operację. Po zabiegu spała.
29	33	Tumor coeci	Resectio coeci	Sennarkol 5 cm	0,8 „	++++	Spała bardzo dobrze.
30	25	Struma	Resectio strumatis	Novocain 0,5%	0,8 „	++++	
31	70	Ulcus callosum ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 6 cm	0,6 „	+++	Spały bardzo dobrze.
32	49	Cholecystitis	Cholecystectomia et choledochotomia	Eter + chloretyl	0,6 „	++	
33	25*	Varices cruris	Oper. m. Moscovitz	Novocain 0,5%	0,6 „	++++	Operacja przeszła bez reakcji ze strony chorego.
34	56	Gastroptosis	„ „ Latarget	„ „	0,5 „	+++	
35	67	Hernia inguinalis recidivans	„ radicalis herniae	„ „	0,6 „	+++	
36	63	Tumor vesicae felleae	Cholecystectomia	„ „	0,5 „	++++	Przebieg operacyjny gładki. Reakcja chorej minimalna.
37	65*	Ca ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 5,5 cm	0,4 „	+++	
38	57*	„ „	„ „	„ 5 „	0,5 „	+++	
39	26	Hernia post - operat.	Oper. radicalis	Novocain 0,5%	0,7 „	+++	
40	26*	Varices haemorrhoidales	„ „	„ „	0 6 „	++++	O własnych siłach zeszli ze stołu operacyjnego.
41	30*	Appendicitis	Appendectomia	„ „	0,7 „	++++	
42	29*	„ acuta	„	„ „	0,75 „	+++	
43	49	Cholecystitis calculosa purulenta	Cholecystectomia	„ „	0,8 „	++++	
44	27	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,6 „	++++	Chora zniosła operację b. dobrze.
45	67*	Hypertrophia prostatae	Prostatectomia	Sennarkol 5 cm	0.7 „	++++	Spał bardzo dobrze.
46	30*	Fistula ani	Excisio	Novocain 0,5%	0.7 „	++++	
47	41*	Appendicitis gangraenosa	Appendectomia	„ „	0,8 „	+++	
48	23*	Fistula ani recidivans	Excisio	„ „	0,8 „	++++	
49	28	Calculi renis et ureteri	Nephrotomia et ureterotomia	Sennarkol 7 cm	0,6 „ +0,3 „	++++	Wobec przedłużającego się zabiegu podano po 1 godz. 0,3 cm S. E. E.
50	30*	Hernia inguinalis libera	Operatio radicalis	Novocain 0,5%	0,7 „	+++	
51	51	Status post gastropexiam — ulcus ventriculi	Resectio ventriculi	„ „	0,8 „	++++	
52	32*	Hernia inguinalis libera	Oper. radicalis	„ „	0.7 „	+++	
53	27*	Hernia inguinalis incarcerata	„ „	„ „	0,7 „	+++	

Nr	Lat	Rozpoznanie	Rodzaj operacji	Rodzaj znieczulenia	Ilość wstrzyknięt. S.E.E.	Wynik	UWAGI
54	25	Appendicitis perforativa	Appendectomia	„ „	0,8 cm	+++	
55	32	Cholecystitis calculosa	Cholecystectomia	„ „	0,8 „	++++	
56	25	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,7 „	++++	Chora drzemała przez cały czas trwania zabiegu.
57	70	Ulcus ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 4 cm	0,7 „	++++	Spała bardzo dobrze.
58	28	Cholecystitis calculosa	Cholecystectomia	Novocain 0,5%	0,6 „	++++	
59	45	„ „	„	„ „	0,8 „	++++	
60	40	Appendicitis acuta	Appendectomia	„ „	0,8 „	+++	
61	37	„ „ peritonitis	„	„ „	0,8 „	+++	
62	48	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,6 „	++++	
63	58*	Ca ventriculi, stenosis pylori	Resectio ventriculi	Sennarkol 5 cm	0,4 „	++++	Spał bardzo dobrze.
64	23*	Appendicitis phlegmonosa	Appendectomia	Novocain 0,5%	0,7 „	+++	
65	63*	Ca ventriculi	Laparotomia explorativa	„ „	0,5 „	++++	
66	40	Eventratio post - oper.	Oper. radicalis	„ „	0,7 „	+++	} Przebieg gładki.
67	22	Cholecystitis calculosa	Cholecystectomia	„ „	0,4 „	++++	
68	36	„ „	„	„ „	0,7 „	++++	
69	42	Appendicitis chronica	Appendectomia	„ „	0,8 „	++++	} Chorzy o własnych siłach zeszli ze stołu operacyjnego.
70	19*	„ acuta	„	„ „	0,6 „	++++	
71	61*	Tumor malignum ventriculi	Laparotomia explorativa	„ „	0,7 „	+++	
72	51	Cholecystitis purulenta	Cholecystectomia	„ „	0,6 „	+++	Przebieg operacyjny dobry.
73	27	Retroflexio uteri et appendicitis	Fixatio uteri et appendectomia	Sennarkol 5,5 cm	0,7 „	++++ ++++	Spała bardzo dobrze.
74	39	Tumor femoris	Extirpatio	Novocain 0,5%	0,6 „	++++	
75	48*	Ulcus duodeni	Resectio ventriculi	Sennarkol 6 cm	0,8 „	+++	Spał bardzo dobrze.
76	33*	Struma	Resectio strumatis	Novocain 0,5%	0,7 „	++++	Chory drzemał prawie przez cały czas trwania zabiegu.
77	61	Ulcus callosum ventriculi	Resectio ventriculi	Sennarkol 8 cm	0,8 „	+++	*Objaśnienie:*
78	27	Varices haemorrhoidales	Operatio radicalis	Novocain 0,5%	0,7 „	+++	* mężczyźni
79	38	Appendicitis chr. + cholecystitis	Revisio vesicae felleae	„ „	0,6 „	+++	— wynik ujemny +++ „ dobry
80	22	Struma	Resectio strumatis	„ „	0,7 „	++++	++++ „ bardzo dobry.

drogach żółciowych lub żołądku. Jak już wspomnieliśmy, ilość wstrzykniętego roztworu S. E. E. była różnorodna, od 0,4 do 1 cm^3, przeciętnie wynosiła 0,7 — 0,8. We wszystkich przypadkach otrzymany wynik był dobry.

Obserwacje nasze musimy podzielić na dwie grupy: *A.)* do pierwszej należą przypadki operowane w znieczuleniu miejscowym, *B.)* do drugiej — przypadki operowane w uśpieniu dożylnym.

G r u p a A.: We wszystkich przypadkach operowanych w znieczuleniu miejscowym mogliśmy zaobserwować fakt, że chorzy wcale lub prawie wcale nie reagowali na pierwsze ukłucia igły, a podczas dalszego ciągu znieczulenia i operacji zachowanie chorych nie pozostawiało nic do życzenia. Niejednokrotnie chorzy zapadali w lekką drzemkę i po przebudzeniu wyrażali zdziwienie, że operacja ma się ku końcowi. Musimy jednak zauważyć, że zastosowanie dożylne skopolaminy jest tylko pożytecznym uzupełnieniem znieczulenia, ale nigdy go nie zastępuje. Dlatego też dodatnie działanie skopolaminy znika wkrótce podczas operacji, jeżeli znieczulenie miejscowe jest wadliwe i niewystarczające.

Szczególnie ważne znaczenie posiada przygotowanie w ten sposób chorych w przypadkach wola toksycznego lub choroby Basedowa, biorąc pod uwagę stan nerwowy tych chorych. Pomimo dobrego znieczulenia chorzy nie są w stanie opanować swej psychiki, są zniecierpliwieni i mimo delikatnej techniki reagują żywo na każdy akt operacji. Obraz ten zmienia się radykalnie po zastosowaniu dożylnym skopolaminy: brak podniecenia, gwałtownych odruchów czy to przy preparowaniu i podwiązywaniu naczyń tarczycowych, czy też przy wyłanianiu guza na zewnątrz—czyni z tej operacji względnie ciężkiej i poważnej, zabieg prawie tak łagodny, jak np. operacja przepukliny lub wyrostka robaczkowego. Ten sposób postępowania u cierpiących na chorobę Basedowa pozwala na przeprowadzanie zabiegu w znieczuleniu miejscowym bez uciekania się do innych środków, jak stosowania doodbytniczego awertyny lub uśpienia dożylnego sennarkolem. Przy większych zabiegach brzusznych np. wycięciu pęcherzyka żółciowego, operacji na drogach żółciowych, resekcji żołądka i rozległych przepuklinach brzusznych odnosiliśmy niejednokrotnie wrażenie, że tylko dzięki stosowaniu S. E. E. byliśmy w stanie przeprowadzić zabieg całkowicie w znieczuleniu miejscowym bez dodatkowej narkozy. Prawie we wszystkich przypadkach efekt był zadowalający, a nieraz bardzo dobry. W jednym tylko przypadku (przyp. 2. pierwszej serii prób), mamy do zanotowania wybitnie zły wynik: mieliśmy do czynienia z chorą o typowo histerycznym podłożu; dawka zastosowana (0,5 cm^3) okazała się widocznie za mała.

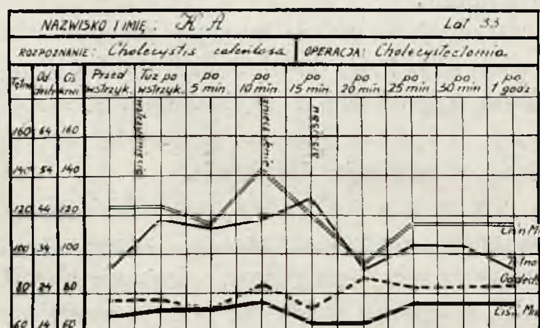
G r u p a B.: W drugiej grupie rejestrujemy 18 przypadków operowanych w znieczuleniu dożylnym sennarkolem. Wprawdzie *Phillipides* wspomina w swej ostatniej pracy (1937) o możliwości wstrzykiwań S. E. E. przed uśpieniem dożylnym lub gazem rozweselającym, ale brak wszelkich danych o metodycznym stosowaniu tego przy dożylnej narkozie. Na 18 przypadkach przeprowadziliśmy te same badania jak w pierwszej grupie przypadków. Wstrzyknięcie wykonywaliśmy mniej więcej 20 min. przed rozpoczęciem narkozy. W pół drzemiącym stanie przenoszono chorych na stół operacyjny; wystarczało 2 — 3 cm^3 sennarkolu do zjawienia się głębokiego snu, który umożliwiał swobodne rozpoczęcie operacji — dalsze podawanie narkotyku miało na celu tylko podtrzymywanie narkozy. Jeżeli przyjrzymy się tablicy I, zauważymy, że

przy bardzo małej ilości sennarkolu udawało się doprowadzić do końca większe zabiegi, jak resekcja żołądka (2 cm³), wycięcie kątnicy (4 cm³) itp.

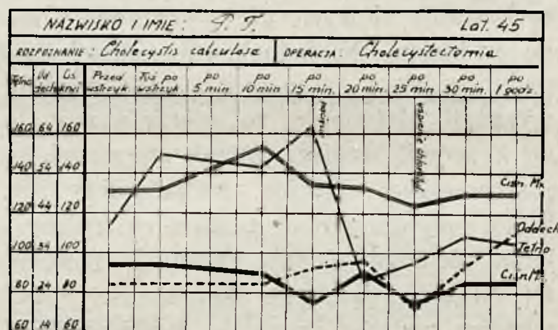
Na podstawie dotychczasowego doświadczenia stwierdzamy, że przedoperacyjne stosowanie dożylne S. E. E. umożliwia ograniczenie w wybitny sposób ilości sennarkolu lub evipanu potrzebnego do spokojnego przeprowadzenia operacji. W ten sposób udaje się uniknąć wszelkich nanastępstw związanych z przedawkowaniem narkotyku dożylnego. Nadmienić należy, że chorzy zachowują się w okresie przebudzenia spokojnie i nie wykazują żadnego podniecenia, nie mają drgawek, jak się to często spotyka po zwyczajnej narkozie evipanowej. W jednym przypadku (przyp. 28) wobec przedłużającego się zabiegu wstrzyknęliśmy w celu uniknięcia zwiększenia dawki sennarkolu w godzinę po rozpoczęciu operacji 0,3 cm³ S. E. E. dożylnie. Chora spała dalej dobrze, zabieg udało się skończyć przy zużyciu tylko 7 cm³ sennarkolu.

U szeregu chorych przeprowadziliśmy ścisłe badanie ciśnienia krwi, tętna i oddechu; pomiary wykonywaliśmy przed wstrzyknięciem S. E. E., tuż po wstrzyknięciu i następnie w odstępach 5 minutowych podczas zabiegu. Dla ilustracji załączamy trzy wykresy (rys. 1 — 3).

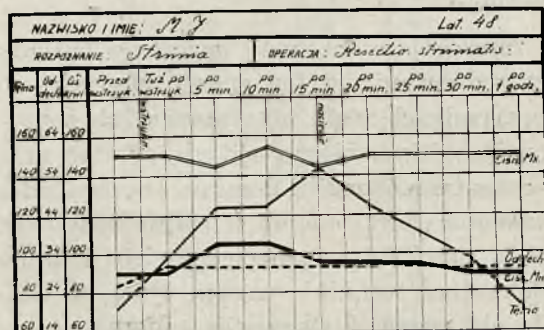
Jak widzimy ciśnienie krwi Mx. po 10 min. od chwili wstrzyknięcia S. E. E. wzrastało mniej więcej ,o 20 mm Hg., by po 15 — 20 min. powrócić do normy. Ciśnienie Mn. zmieniało się bardzo nieznacznie lub prawie wcale pod wpływem S.E.E. Natomiast tętno we wszystkich przypadkach przyspieszało się prawie natychmiast po wstrzyknięciu S.E.E. Ta tachykardia osiągała swoje maximum po upływie 15 min., stopniowo tętno ulegało zwolnieniu, po godzinie notowaliśmy zwykle tę samą ilość tętna, jak przed wstrzyknięciem. Co się tyczy oddechu, nie obserwowaliśmy żadnych zaburzeń. Warto tu zaznaczyć, że niektórzy autorzy proponują stosowanie skopolaminy bez efetoniny w chorobie Ba-



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

sedowa, by nie powiększać już istniejącej tachykardii — w tym kierunku nie robiliśmy jednak żadnych prób. W nielicznych obserwowanych przez nas przypadkach wola toksycznego i choroby Basedowa, w

których stosowaliśmy wstrzykiwanie S. E. E. nie notowaliśmy żadnych zaburzeń, które by można kłaść na karb tej metody. A zdaje się nam, w myśl naszych wywodów w pierwszej części, że byłoby ryzykowne stosowanie skopolaminy bez efetoniny, brak byłoby bowiem tego środka, który niweczy ujemny wpływ skopolaminy. Badanie moczu i krwi, przeprowadzone systematycznie w kilkunastu przypadkach przed i po zabiegu nie wykazało żadnego ujemnego wpływu S. E. E. na działalność nerek i skład morfologiczny krwi.

Jak już wspomnieliśmy, u chorych kachektycznych postępowaliśmy ze zdwojoną ostrożnością, i temu mamy do zawdzięczenia, że w żadnym przypadku nie przekroczyliśmy t. zw. *dosis tolerata* i nie mieliśmy do zanotowania podobnych powikłań, jak w przypadku opisanym przez *Phillipidesa,* gdzie 65-letniej chorej z niedomogą serca i zgorzelą nogi wstrzyknięto po ukończeniu znieczulenia lędźwiowego całą zawartość ampułki S. E. E. Chora zapadła w sen, a w kilka minut później nastąpił bezdech; za pomocą sztucznego oddechu i wstrzyknięcia koraminy dożylnie udało się usunąć grożące niebezpieczeństwo.

Z powodu przeciwskurczowego działania skopolaminy wstrzykiwanie S. E. E. znajduje zastosowanie nie tylko w psychicznym przygotowaniu do operacji, ale również w zwalczaniu wszelkiego rodzaju stanów skurczowych jak np. kolki nerkowej, wątrobowej, napadów skurczów naczyniowych. W kilku przypadkach mieliśmy możność przekonania się o szybkim i efektownym działaniu. Już podczas wstrzykiwania w ilości 0,3 — 0,4 cm^3 podczas kolki wątrobowej chorzy twierdzili, że ból ustępuje, podczas dalszego wstrzykiwania ból znikał całkowicie i zjawiała się senność. Należałoby rozszerzyć wskazanie do stosowania S. E. E. na wszystkie stany ostrych bólów, przypadki świeżych złamań, urazów i rozległych oparzeń. Zaoszczędziłoby się bólu choremu przy oględzinach i badaniu uszkodzeń oraz przy pierwszym, nieraz bolesnym opatrunku; wpłynęłoby to na zmniejszenie wstrząsu urazowego.

Skopolamina działa hamująco na wydzielanie gruczołów oskrzelowych, stąd otwiera się nowe pole zastosowania S.E.E., a wyrugowania morfiny i atropiny przed narkozą eterową. W kilku przypadkach nie zarejestrowanych na naszych tablicach, w których przygotowaliśmy chorych wstrzyknięciem dożylnym, odnieśliśmy wrażenie, że okres podniecenia był krótszy. Chorzy zasypiali łatwo, ilość zużytego środka nasennego była mniejsza.

Stosowanie skopolaminy drogą dożylną ma tę wyższość nad podawaniem podskórnym, że działanie jest prawie natychmiastowe, a przy zachowaniu opisanych ostrożności niebezpieczeństwo przedawkowania — wyłączone. Jednym słowem, obierając drogę dożylną jesteśmy w stanie panować nad sytuacją i, dzięki natychmiastowej reakcji ustroju, podać dawkę odpowiednią. Z powodu znacznej rozpiętości granic tolerancji ustroju ludzkiego na skopolaminę w zastosowaniu podskórnym, jesteśmy zazwyczaj zmuszeni wstrzykiwać skopolaminę w dawce frakcjonowanej, najmniej dwukrotnie przed operacją, co jest niepewne w działaniu i zabiera zbyt dużo czasu. Podawanie dożylne środków narkotycznych lub analgetycznych znajduje w chirurgii coraz większe zastosowanie. Klinika braci *Mayo* podaje statystykę 700 przypadków wstrzykiwań dożylnych morfiny przed operacją.

Metoda przez nas opisana jest dotychczas mało znana. Nieliczni autorzy, którzy podają swe wyniki, wypowiadają się przeważnie jako gorący zwolennicy tej meto-

dy. Nieprzychylne stanowisko niektórych *(Friedeman i Frümd)* należałoby sobie tłumaczyć albo tym, że stosowali zbyt niskie dawki, lub że oczekiwali działania, które zasadniczo nie wchodzi w grę, to znaczy wywołania głębszego snu, a właśnie chodzi nam o to, żeby działając na psychikę i stan nerwowy chorego nie doprowadzać do głębokiego snu i utraty świadomości, co równałoby się zwyczajnej narkozie dożylnej i nie miałoby celu przy znieczuleniu miejscowym.

W n i o s k i:

1) Skopolamina podana dożylnie w połączeniu z efetoniną i eukodalem (S. E. E.) okazała się szybko i pewnie działającym lekiem uspokajającym i przeciwbólowym; przy ostrożnym dawkowaniu i opisanej technice stosowanie jej drogą dożylną nie przedstawia ryzyka i nie powoduje żadnych ujemnych następstw.
2) Przygotowanie chorych za pomocą dożylnego wstrzyknięcia S. E. E. jest nader korzystnym uzupełnieniem znieczulenia miejscowego. Dzięki kojącemu działaniu skopolaminy na psychikę chorego, pozwala ta metoda na przeprowadzenie nawet większych zabiegów brzusznych bez dodatkowego uśpienia. W narkozie dożylnej jest ona bardzo korzystnym dodatkiem, gdyż przedłuża okres działania narkozy, obniżając jednocześnie niezbędną ilość środka nasennego. Iniekcja S. E. E. może być w tym samym celu zastosowana z dobrym skutkiem w znieczuleniu lędźwiowym oraz przed narkozą eterową czy gazową.
3) Jako lek wybitnie przeciwskurczowy winna skopolamina znaleźć szersze zastosowanie w zwalczaniu wszelkiego rodzaju ostrych stanów bólowych, wskazane jest dożylne podawanie jej łącznie z efetoniną. Dodatnią stroną dożylnego podawania jest osiągnięcie wyniku działania już po 2 — 3 min. oraz możność dawkowania indywidualnego, ponieważ już podczas wstrzykiwania możemy określić tolerancję ustroju na działanie skopolaminy.
4) W porównaniu z innymi sposobami przygotowania do znieczulenia miejscowego, jak awertyną, sennarkolem, evipanem, eunarkonem itd. S. E. E. ma tę wyższość, że można podziałać dodatnio na psychikę, całkowicie nie pozbawiając chorego świadomości i nie sprowadzając snu. Działanie jest względnie krótkotrwałe (1 — 2 godz.).
5) Brak ujemnego wpływu na czynność serca i nerek, ciśnienie krwi i oddech, brak jakichkolwiek objawów podniecenia bezpośrednio po podaniu lub w okresie późniejszym.
6) Opisana metoda winna znaleźć szersze zastosowanie w chirurgii; przy zachowaniu pewnych ostrożności może oddać duże usługi także w rękach lekarza - praktyka.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Eisenberg:* Zbl. f. Gynäkologie, 1920 Nr 26, str. 628; 2. *Keitmair:* Münch. med. Wochenschrift 1926 — 51; 3. *Bloch J. Ch., Rolland P., Vieillefosse:* Anesthésie et Analgésie 1937 Nr 4, t. III; 4. *Meissner R.:* Biochem. Zeitschr. 54, s. 395 — 429, 1913; 5. *Straub W.:* Biochem. Zeitschr. 41, s. 419 — 430, 1912, 6. *Fervers:* Münch. med. Wochenschr. 80, s. 1319, 1933; 7. *Jacobaeus H.:* Nardinsk. medicinsk. Tidskrift 40, 1933; 8. *Kirschner H.:* Der Chirurg Nr 9, s. 265, 1935; 9. *Phillipides D.:* Arch. f. klin. Chir. Nr 181, H. 4, s. 480, 1934; 10. *idem:* Der Chirurg

H. 13, s. 451, 1935; 11. *idem:* Der Chirurg H. 13, 1936; 12. *idem:* Schmerz, Narkose, Anaesthesie. 10 Jhr. H. 2, Juni 1937; 13. *Siebner:* Zbl. f. Chir. 1935 Nr 7, 388; 14. *Paschoud H.:* Helv. Medica Acta 3, fasc. I. 1936; 15. *Czyżewski K.* Pol. Przegl. Chir. T. XVI z. 4, 1937; 16. *Boit:* Zbl. f. Chir. 1662, 1934; 17. *Rost:* Zbl. f. Chir. 1266, 1933; 18. *Narat J. K.:* Zbl. f. Chir. 1716, 1938.

RESUMÉ.

La préparation préopératoire des malades par l'injection intraveineuse de scopolamine, eukodal et ephetonine

par

Dr Fr. Niewiadomski et Dr J. Rosenfeld.

Les auteurs traitent le problème de la préparation psychique des malades a l'opération qui va être executée sous anesthésie locale. Ils rapportent une suite d'essais réalisés dans differents centres chirurgicaux.

Stimulés par les résultats de ces travaux ils inaugurent dans le service chirurgical de l'Hôpital d'Assurance Sociale à Varsovie, une série d'observations cliniques sur la méthode d'application de la scopolamine, eukodal et ephetonine, injectées par voie intraveineuse avant l'opération.

A la suite de 80 observations, qui sont référées, ils tirent des conclusions suivantes:

1) La scopolamine appliquée par voie intraveineuse avec l'ephetonine et eukodal s'est révélée un remède par excellence apaisant et anélgesant.

2) Son application intraveineuse à doses attentives et par une méthode speciale ne présente aucun risque et ne provoque aucune complication.

3) La préparation des malades par l'intermédiaire d'une injection de scopolamine, ephetonine et eukodal à certaines doses, constitue un moyen avantageux pour suppléer l'anesthésie locale.

4) Elle est un supplement efficace pour la narcose intraveineuse, prolonge son période d'action, en diminuant en même temps la quantité du narcotique employé.

5) Elle peut être employée pour le même but et avec un bon effet au cours d'une anesthésie rachidiènne ou bien une narcose à éther etc.

6) Etant un remède expressivement anti - systolique, la scopolamine doit trouver une application large dans la lutte contre tout syndrôme douloureux aiguë. Il est désirable qu'elle soit injectée dans la veine avec l'ephetonine.

7) Le bon côté de la méthode intraveineuse est, que l'effet positif se manifeste déjà au bout de 2 — 3 min., et que son dosage est tout à fait individuel, car au cours de l'injection on peut préciser la tolerance du malade à scopolamine.

8) En comparant les diverses méthodes de préparation des malades à anesthésie locale comme: avertine, sennarcol, evipan, eunarkone etc., la méthode préconisée par les auteurs a cette supériorité, ce qu'elle agit avantageusement sur l'état psychique du malade, sans toucher sa conscience et sans provoquer une sommeil.

9) Son action est d'une courte durée (1 — 2 h.).

10) On ne note jamais une influence négative sur l'action du coeur, reins, tension sanguine et respiration.

11) Absence absolue des symptômes d'agitation à la suite de l'injection.

12) La méthode décrite par les auteurs doit trouver une large application en chirurgie et même en médecine.

Ze Szpitala Powszechnego w Drohobyczu.

Zagadnienie dowolnego kierowania uśpieniem dożylnym sennarkolem i doświadczenia z coraminą

podał

Dr Kazimierz Czyżewski
Dyrektor Szpitala.

Ostatni Zjazd Chirurgów Polskich w roku 1937 prowadził żywe rozprawy nad uśpieniem dożylnym. Wywołał je entuzjastyczny referat, który spotkał się z burzą sprzeciwów. Zarzuty i obawy skupiały się dokoła twierdzenia, że chirurg traci wpływ nad jadem z chwilą wprowadzenia go do obiegu krwi i nie może przeszkodzić ewentualnym ujemnym skutkom, które, ze względu na sposób podania i dużą siłę działania, mogą rozwijać się bardzo szybko. Może właśnie ten szybki bieg zdarzeń od chwili wkłucia igły nęci entuzjastów uśpienia dożylnego, może odwrotnie — pośpiech „naszych czasów" budzi obawy przeciwników. Miałem sposobność na łamach „Medycyny i Przyrody" (Nr. 3. 1937) wyrazić mniej krańcowe zdanie, że z chwilą wprowadzenia evipanu i sennarkolu do uśpienia dożylnego zbliżyliśmy się nieco do ideału narkozy. Zalety i wady sennarkolu (SN) wyłuszczyłem w referacie na wymienionym Zjeździe (Przegl. Chir. Z. 4. 1937).

Nowa seria 200 przypadków utrwaliła moje przekonanie, że przy użyciu odpowiedniej techniki SN nie kryje szczególnych niebezpieczeństw i pozwala na usypianie dowolnie głębokie i przez czas dowolnie długi. W końcowej grupie 50 przypadków przeprowadziłem próby zwalczania pewnych ujemnych objawów w okresie ponarkotycznym przy pomocy coraminy. Grupę tę rozpatruję bardziej szczegółowo.

Okres wstępny przed uśnięciem.

Pozostałem wierny zasadzie przygotowywania chorych jednym lub dwoma wstrzyknięciami skopolaminy 0,0003 z dilaudidem 0,002 (SD) lub z morfiną 0,0075 (SM) na 2 godz. i na 30 min. przed narkozą. Chorzy zasypiają na ogół po podaniu 3 — 7 cm³ roztworu SN. Niektórzy chorzy wymagają dawek większych, nawet ponad 10 cm³. W każdym razie nie miałem wypadku, aby chory nie dał się uśpić. Opisywane trudności należy zapewne tłumaczyć usiłowaniami prowadzenia narkozy czystym SN w każdym wypadku. Od zasady przygotowania odstąpić można tylko u osobników starych lub wycieńczonych, którzy są bardziej podatni na działanie SN.

Z powikłań zdarzył mi się jeden przypadek i to w początkowej serii uśpień, poza statystyką z roku 1937 i obecną: Po 3 cm³ SN bez przygotowania starszy osobnik przestał oddychać. Po podaniu 3 cm³ coraminy dożylnie oddech powrócił, a po kilku minutach chory przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Dlaczego zastosowałem wówczas coraminę? W piśmiennictwie o evipanie od początku jego stosowania spotyka się stale coraminę jako środek zabezpieczający przed przykrymi skutkami w razie powikłań. To też rozpoczynając stosowanie SN miałem coraminę zawsze pod ręką. Poza tym jednym wypadkiem nie miałem powodu do stosowania żadnych środków. pobudzających w okresie wstępnym uśpienia.

Okres wstępny uważam za dostatecznie opanowany dzięki zastosowaniu przygotowania i zasady powolnego podawania SN.

W przypadkach nagłych podaję jedną dawkę SM (SD) dożylnie. Przekonałem się jednak, że działanie tego środka rozwija się powoli i nawet dożylne podanie nastąpić winno co najmniej na pół godziny przed rozpoczęciem usypiania. Niemniej przypadki nagłe zasypiają z większą trudnością. Możliwy jest tu ujemny wpływ podniecenia psychicznego u chorego, który w krótkim okresie czasu ulega wypadkowi, względnie decyduje się na zabieg, dostaje się w nowe a groźne dla niego środowisko szpitalne i na stół operacyjny. Stan psychiczny chorego ma niezaprzeczony wpływ na przebieg usypiania; do sprawy tej wrócę jeszcze w dalszym ciągu tej pracy.

Okres właściwego uśpienia SN.

Od chwili uśnięcia chorego podajemy SN tylko w razie potrzeby w ilościach nie większych niż 0,5 cm^3. Roztwory słabsze od 10%, których próbowałem w pierwszej serii 150 uśpień zarzuciłem obecnie jako niepewne. Przekraczam często 10 cm^3 roztworu SN, a kilkakrotnie przekroczyłem 20 cm^3 dochodząc do 27 cm^3 SN, jako najwyższej dawki dotąd przez nas zastosowanej. Nie wiem czy przypisać to tylko szczęściu, czy raczej ostrożnemu dawkowaniu i przygotowaniu, ale powikłań w tym okresie nie miałem żadnych, mimo dużej różnorodności zabiegów. Oprócz tradycyjnej we wszystkich publikacjach chorej wątroby, nie stawialiśmy żadnych przeciwwskazań.

Obserwacje nasze uprawniają do stwierdzenia, że uśpienie SN w okresie pełnej narkozy jest w zupełności zależne od narkotyzera i przebiega w sposób wystarczający do wykonania wszelkich zabiegów. Także zabiegi na kończynach, które niektórym autorom sprawiały trudności, przebiegały gładko.

Okres ostatni uśpienia po ukończeniu podawania SN

nie przebiega tak gładko, jak poprzednie. Po ustaniu dowozu SN regułą jest spokojny sen kilkunasto wzgl. kilkudziesięciominutowy, zbliżony do snu normalnego z powolnym budzeniem się w pewnym oszołomieniu. Są jednak wyjątki różnorodne i dość liczne. Dla przejrzystości podzielę je na pewne grupy, jakie nasuwa obserwacja:

A) Chorzy budzą się, potrafią z pewną trudnością dać krótką ale właściwą odpowiedź na pytanie. Wkrótce zapadają w niespokojny półsen, mamrocą uporczywie mniej lub więcej wyraźne zdania, często bez związku z daną sytuacją lub śpiewają urywki piosenek. Przypominam, że regułą jest niepamięć zdarzeń od kilku chwil po wkłuciu igły do żyły począwszy, co utrudnia choremu zorientowanie się w czasie. Stan ten może się przeciągnąć do kilkudziesięciu minut i dłużej.

B) Niepokój ruchowy zdarza się dość często w różnym nasileniu: 1) Mogą to być drgania mięśniowe, które zaczynają się już w czasie pełnego uśpienia, albo niespokojne poruszanie kończynami i zmienianie położenia ciała. 2) Rzadziej występuje wybitniejsze rzucanie się chorego na łóżku tak, że trzeba go przywiązać prześcieradłem i pozostawić pod opieką. 3) Wyjątkowo podniecenie potęguje się do tego stopnia, że chorego trzeba siłą przytrzymywać. Objawy takie widujemy po skopolaminie poprzedzającej znieczulenie miejscowe, ale także po SN bez żadnych dodatków. Uspokaja chorych wstrzyknięcie morfiny lub pantoponu, ewentualnie dwukrotnie w ciągu kilkunastu minut. Były jednak wypadki, że morfina nie wywierała wpływu.

C) Chorzy nie odzyskując przytomności śpią twardo przez kilka godzin, leżą nie-

ruchomo, oddychają powierzchownie, twarz mają zasinioną. W rzadkich wypadkach tętno przyspiesza się znacznie i staje się słabe. Nie miałem wypadku nieobudzenia się chorego po SN. Stany opisane budziły obawy zapadu i skłaniały do stosowania środków pobudzających. Środki te poprawiały krążenie, nie przerywały jednak wyraźnie ciężkiego snu. Stany te zdarzyły się nam kilka razy i to wyłącznie u osobników starszych. Tłumaczymy je nadmierną ich wrażliwością na stosowane przez nas środki odurzające. Możliwe, że winić tu należy skopolaminę, bo podobne objawy widzieliśmy po znieczuleniu miejscowym z przygotowaniem SD. Obecnie zupełnie zarzuciliśmy skopolaminę u osób starych.

Opisane powyżej objawy są niewątpliwie ujemną cechą uśpienia dożylnego, zawsze są niemiłe a czasem niepokojące. Usiłowałem wpływać na nie różnym stosunkiem przygotowania SD czy SM, zaniechaniem przygotowania w ogóle, różnym stężeniem SN — próby te jednak pozostały bez wpływu.

Wobec sławy „odtrutki", jaką cieszy się coramina wielokrotnie omawiana przy zatruciach związkami kwasu barbiturowego, przeprowadziłem ze środkiem tym doświadczenia kliniczne w serii 50 przypadków bezpośrednio po sobie następujących. Przed tą serią próby budzenia chorych dokonywane dawkami coraminy (1 — 3 cm^3) dożylnie nie dały żadnych wyników. W obecnej serii stosowaliśmy coraminę dożylnie w ilości 5 — 10 cm^3 bezpośrednio po ukończeniu zabiegu. Z góry zaznaczam, że przypadki, które otrzymały 10 cm^3 coraminy nie wykazywały różnic w porównaniu z tymi, którym podano 5 cm^3.

Próby miały dać odpowiedź na 2 pytania: 1) czy coraminą można obudzić uśpionego SN; 2) czy coramina wpływa na opisane powyżej zaburzenia w okresie budzenia się.

Wyniki prób zestawiłem według wieku, ilości SM (SD) przed narkozą, całkowitej ilości użytego SN, ilości SN zużytej do chwili uśnięcia chorego. Zdaję sobie sprawę, że brak tu czynnika bardzo ważkiego, jakim jest ciężkość zabiegu. Ujęcie jednak tego momentu w sposób dostatecznie przejrzysty i przekonywujący nie jest możliwe. To też zadowoliłem się podaniem całkowitej ilości użytego SN, która do pewnego stopnia może być miernikiem czasu trwania i ciężkości operacji.

Jako charakterystykę przebiegu okresu ponarkotycznego z zastosowaniem coraminy przyjęliśmy natychmiastowe budzenie się po jej podaniu i objawy wyraźnego niepokoju, opisane powyżej pod *B* 1). Większe nasilenie podniecenia opisane pod *B* 2) określamy jako wybitny niepokój.

O natychmiastowym budzeniu się mówimy wtedy, gdy uśpiony bezpośrednio po podaniu coraminy wykonuje czynności jeszcze podświadome, ale wskazujące na nawiązywanie się pewnych zespołów odruchowych. Znamienne jest wykonywane często pocieranie nosa ręką, kichanie czasem wybitnie gwałtowne, wyładowujące się pod postacią szeregu wybuchów. Poza tym występują zwykłe objawy budzenia, jak podnoszenie powiek, przechylanie głowy na bok, poprawianie ułożenia kończyn i tułowia, wreszcie próby mówienia. Wszystkie te objawy mogą stopniowo rozwijać się aż do przejścia w stan zupełnej świadomości, albo tylko są zaznaczeniem kończenia się stanu uśpienia sztucznego, które przechodzi w sen zbliżony do normalnego. Tak samo przedstawia się budzenie bez coraminy, ale tylko w wyjątkowych wypadkach następuje ono zaraz po ustaniu dowozu SN i to tylko wtedy, gdy narkoza pod koniec zabiegu była powierzchowna. Zaznaczyć jeszcze należy, że szyb-

kie wystąpienie pierwszych objawów budzenia wcale nie zapowiada spokojnego przebiegu w dalszym ciągu i to bez względu na podanie coraminy. Na 9 przypadków niepokoju, 5 zdradzało objawy budzenia się zaraz po coraminie, a jedno wybitne podniecenie przypada właśnie na tę grupę.

Na 50 przypadków mieliśmy 27 (54%) natychmiastowego budzenia się i 9 (18%) niepokoju ruchowego, w tym 2 wybitniejsze.

T a b l i c a I
Wiek.

Wiek	Ilość przyp.	Obudziło się %	Niespokojni %	Wybitnie niespokojni
do l. 30	13	62	15	2 przyp.
„ „ 40	14	57	14	—
„ „ 50	13	62	15	—
powyżej 50	10	50	30	—

Z tablicy tej możnaby wnioskować, że osobnicy starsi budzą się nieco gorzej i częściej wykazują niepokój. Możnaby to odnieść do wspomnianej większej wrażliwości na używane przez nas środki odurzające. Wskutek tego także pobudzenie krążenia krwi przez coraminę mogłoby być mniej skuteczne. Zaznaczam jednak, że oba przypadki wybitnego niepokoju przypadają właśnie na grupę pierwszą, do lat 30 .

T a b l i c a II
Przygotowanie.

Ilość dawek SM (SD)	Ilość przyp.	Obudziło się %	Niespokojni %	Wybitnie niespokojni
0	8	88	13	—
1	11	55	27	2 przyp.
2	31	52	16	—

Z tablicy tej wynika, że wysokość dawki przygotowawczej w granicach przez nas stosowanych jest bez wpływu. Wszystkie przypadki bez przygotowania — to zabiegi krótkie, z małym zużyciem SN, bez głębokiego uśpienia. Pokrywają się one prawie z grupą pierwszą tablicy III. Nic dziwnego, że budzą się łatwo; mimo to zdarzają się wypadki niepokoju. Grupy 1 SM i 2 SM różnią się % niespokojnych, który mógł wypaść przypadkowo dość wysoko w grupie 1 SM, jako mało licznej.

T a b l i c a III
Ogólna ilość SN.

cm³ roztworu 10% SN	Ilość przyp.	Obudziło się %	Niespokojni %	Wybitnie niespokojni
do 7	9	74	22	—
„ 10	13	92	15	—
„ 15	18	50	11	1 przyp.
powyżej 15	10	20	30	1 przyp.

Zależność przebiegu okresu ponarkotycznego od ilości zużytego SN jest wyraźna. Im więcej SN, tym działanie coraminy mniej wyraźne. Dwa wypadki wybitnego niepokoju wystąpiły w grupach przedostatniej i ostatniej.

T a b l i c a IV
Ilość SN zużyta do chwili uśnięcia.

cm³ roztworu 10% SN	Ilość przyp	Obudziło się %	Niespokojni %	Wybitnie niespokojni
do 3	10	70	20	—
„ 5	8	65	13	—
„ 7	14	64	7	1 przyp.
„ 9	9	67	33	—
powyżej 9	9	22	22	1 przyp.

Zależność w tym zestawieniu nie istnieje. Przypadki zasypiające bardzo szybko wykazują stosunkowo wysoki % niepokoju, choć mimo to budzenie jest łatwiejsze. W grupie do 7 cm³ jest niski % niepokoju, ale tu znajdujemy jeden przypadek wybitnego podniecenia. Końcowa grupa potwierdza wuioski wysnute z rozpatrywań tablicy III, są to bowiem przypadki dużego ogólnego zużycia SN.

Przypadki o najwyższym zużyciu SN (powyżej 15 cm³ 10% roztworu) zestawiam osobno na tablicy V.

T a b l i c a V

Lp.	Wiek	SM (SD)	Ogólna ilość SN w cm³	Usnął po cm³ SN	Zabieg trwał min.	Coraminy cm³	Zbudził się zaraz	Niepokój
1	42	1,5	27	12	45	5	nie	—
2	38	2	26	18	15	5	nie	—
3	34	2	20	14	30	5	nie	+
4	64	1	18	6	25	5	nie	+
5	27	2	24	12	40	5	tak	—
6	30	2	19	15	20	5	nie	—
7	42	2	20	8	20	5	tak	+
8	29	1	26	16	45	5	nie	++
9	24	2	21	16	30	10	nie	—
10	55	1	16	7	15	5	nie	—

Na 10 przypadków 7 zasypiało opornie zużywając więcej niż 9 cm³ roztworu SN w okresie wstępnym. Z pozostałych trzech 7 i 10. wymagały stałego dowozu SN, gdyż zużyły : na 20 min. trwania zabiegu 20 cm³ i na 16 min. — 15 cm³. Wszystkie te przypadki należy określić jako oporniejsze na działanie SN: trudniej go wiązały i trudniej wydalały.

Na podstawie powyższych tablic i po przyjęciu, że wszyscy jednakowo odpowiadali na wstrzyknięcie coraminy, dochodzę do wniosku, że budzenie było najtrudniejsze a objawy niepokoju najczęstsze u tych chorych, którzy poddawali się najcięższej działaniu SN i dlatego zużyli SN w największych ilościach. Spostrzeżenia te jeszcze raz dowodzą prawdy twierdzenia, że działanie SN zależy w dużej mierze od właściwości osobniczych.

W n i o s k i odnośnie działania coraminy:

B u d z e n i e u ś p i o n e g o SN W ilości przypadków większej niż połowa (54%) możemy przez podanie wysokich dawek coraminy (5 — 10 cm³) wywołać pierwsze objawy budzenia w dowolnej chwili uśpienia SN. Przechodzenie w stan zupełnej świadomości odbywa się powoli, na ogół podobnie jak w przypadkach nie traktowanych coraminą. Coraminą zatem możemy przerwać narkozę SN.

N i e p o k ó j p o SN. Coramina w wysokich dawkach zmniejsza podniecenie po SN, choć nie usuwa go zupełnie. Stanów bardzo silnego podniecenia (opisanych pod *B* 3) nie notowaliśmy zupełnie w omawianej serii przypadków. Wybitne podniecenie (*B* 2) wystąpiło tylko w 4%. Coramina podana już po wystąpieniu objawów niepokoju wcale na nie nie wpływała.

W serii traktowanej coraminą nie zdarzyło się żadne powikłanie z grupy opisanej pod *C*.

Działanie coraminy tłumaczymy przyspieszeniem rozkładu i wydalania SN przez wzmożenie krążenia krwi.

Praktycznie wskazane jest podawanie coraminy i pokrewnych preparatów w dawkach po 5 cm³ dożylnie zaraz po

ustaniu dowozu SN. Dzięki temu skracamy okres ponarkotyczny i zmniejszamy możliwości powikłań w formie podniecenia; jeżeli ono wystąpi, to w postaci mniej gwałtownej niż bez środka pobudzającego. Sposób ten zalecam szczególnie w wypadkach, w których okres wstępny usypiania trwał długo (ponad 9 minut). Tu bowiem z dużym prawdopodobieństwem należy się spodziewać zaburzeń w okresie ponarkotycznym.

Stany podniecenia ponarkotycznego uważam za główną wadę SN. Oczywiście podlega dyskusji, co jest gorsze: podniecenie eterowe w okresie wstępnym czy końcowe po SN. Mam wrażenie, że niepokój po SN przebiegając przy zupełnej nieświadomości chorego, jest dla niego mniejszym urazem niż wstępne podniecenie eterowe. Walka z tym powikłaniem prowadzi do doskonalenia narkozy dożylnej. Obracanie się w granicach średnich dawek SN przy odpowiednim przygotowaniu, stosowanie środków pobudzających krążenie po SN jest, jak dotychczas, najpewniejszym sposobem zaradczym.

RESUMÉ.

Sur la narcose intraveineuse au sennarcol et sur les expériences avec la coramine

par

Dr K. Czyżewski (Drohobycz).

Les auteurs n'observaient aucune complication pendant 350 cas de la narcose intraveineuse au sennarcol (SN) appliquée avec scopolamine et morphine comme préanesthésiques. Toutes les narcoses étaient assez profondes et prolongées. Les états d'excitation pendant la période postnarcotique représentent le défaut du SN. Ils arrivent surtout chez les objets résistants contre le SN: ce sont les opérés qui s'endorment tardivement et qui exigent une affluence constante du SN.

Une application intraveineuse de la coramine (5 — 10 cm³) après l'opération modère évidemment ces complications. Par les mêmes soins on peut provoquer les manifestations de réveil chez 54% de cas pendant chaque période de la narcose.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

W sprawie skrętu sieci większej

podał

Dr Paweł Hornicki.

Skręt sieci większej, jako oddzielna jednostka chorobowa, nie należy do schorzeń częstych. Pierwsze doniesienie o skręcie sieci przypisuje piśmiennictwo *Piotrowi de Marchett* (1851). Dalsze przypadki kazuistyczne ogłosili *Oberst* (1882), *Bayer* (1898) i *Hochenegg* (1900). W roku 1905 *Corner* i *Pinkes* zebrali już z piśmiennictwa 54 tego rodzaju przypadki, w roku zaś 1929 *Morris* — 218. Z pośród autorów polskich po jednym przypadku tego schorzenia spostrzegali w ostatnich czasach

Błażek, Zaorski, Hipp i *Wertheim. Hipp* stwierdza, że ostatnio piśmiennictwo coraz częściej notuje podobne przypadki, co wydaje się świadczyć o niedokładności dawnych statystyk.

Skręt sieci spotykano przeważnie u osobników dotkniętych przepukliną, najczęściej odprowadzalną, niezależnie od tego czy sieć stanowiła treść worka przepuklinowego i czy worek był wypełniony treścią, czy też próżny. Według obliczeń *Jünglinga* i *Petermanna* w 85 — 90% przypadków skrętu sieci stwierdzono obecność przepukliny. Spotykano skręt sieci również u tych zwłaszcza chorych, operowanych uprzednio z powodu przepukliny, u których w czasie zabiegu wycięto część sieci, zakładając na grube jej kikuty jedwabne podwiązki. Taki wtórny skręt sieci, powstały poza workiem przepuklinowym, nie należy wszakże do częstych. *Mac Whorter* w roku 1932 zebrał z piśmiennictwa 24 przypadki prawdziwego śródbrzusznego skrętu sieci, *Jeffries* twierdzi, że do 1931 znane mu są z piśmiennictwa zaledwie 22 przypadki skrętu sieci u chorych, którzy nigdy nie cierpieli na przepuklinę, natomiast *Leauf* (1932) mówi już o 50 przypadkach. W piśmiennictwie polskim znajdujemy dwa przypadki skrętu w wolnej jamie brzusznej, ogłoszone przez *Błażka* i *Hippa.* W odróżnieniu więc od skrętu pochodzenia, jeśli go tak nazwać można, przepuklinowego, znacznie rzadziej spotykamy czysty skręt brzuszny. W wielu i z pośród tych przypadków można było wykazać przyczynę skrętu, można się było bowiem doszukać związku przyczynowego między skrętem a schorzeniem samej sieci, bądź też schorzeniem jednego z narządów jamy brzusznej, najczęściej wyrostka robaczkowego lub przydatków macicznych. W znikomej tylko ilości przypadków nie znajdowano żadnego uzasadnienia dla powstania skrętu; z drugiej jednak strony szereg autorów powątpiewa, aby normalna sieć mogła ulec skrętowi *(Mullen).* Zazwyczaj skrętowi ulega prawy, bardziej ruchliwy brzeg sieci; skręt dotyczy jednak również niekiedy nie tylko pewnego odcinka, lecz i całej sieci. Bywa on zupełny lub niezupełny, powstaje dokoła jednego, bądź dwu stałych punktów. Podnoszono, że warunki anatomiczne usposabiają niejako do skrętu sieci dokoła jej osi długiej.

Spostrzegaliśmy niedawno tego rodzaju przypadek.

Chora lat 49, przywieziona została do szpitala z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Podawała ona w wywiadach, że przed miesiącem miała podobne silne napadowe bóle, umiejscowione w podbrzuszu prawym. Bólom tym towarzyszyło zaparcie stolca i zatrzymanie wiatrów, nie gorączkowała jednak, nie miała też nudności ani wymiotów. Bóle utrzymywały się w ciągu 2 dni i ustąpiły samoistnie. Obecnie bóle trwają od 24 godzin i stale się nasilają; poza zatrzymaniem wiatrów ma nudności i wymioty.

Przy badaniu stwierdzono: chora wzrostu średniego, przedstawia pikniczny typ konstytucjonalny. Podściółka tłuszczowa obfita. Ciepłota ciała 37,4°, tętno dobrze napełnione i napięte, 96/min. Język obłożony, podsychający. Narządy klatki piersiowej bez żadnych odchyleń od normy. Brzuch nadmiernie wysklepiony. Po stronie lewej i w nadbrzuszu nie stwierdzono nieprawidłowych oporów ani bolesności uciskowej. W podbrzuszu prawym i okolicy punktu Mac Burneya żywa bolesność uciskowa i wyraźnie zaznaczona obrona mięśniowa. Badanie ginekologiczne nie wykazało zmian w narządach rodnych.

Myśląc o ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, przystąpiono niezwłocznie do zabiegu w uśpieniu evipanowym. Nie stwierdzono żadnych zmian na otrzewnej ściennej i trzewnej; kątnica miała nadmiernie długą krezkę; wyrostek robaczkowy ułożony prawidłowo nie wykazywał zmian makroskopowych. Natomiast nieco powyżej podstawy wyrostka znaleziono w brzuchu guz płaski, wielkości pięści, barwy czerwonej z odcieniem sinawym. Guz ten łączył się przy pomocy wąskiej szypuły z górną częścią prawego odcinka sieci. Cała górna część sieci i lewa jej połowa przedstawiały się zupełnie prawidłowo. Guz wraz z

szypułą usunięto, po czym jamę brzuszną warstwowo zaszyto szczelnie. Chora opuściła szpital po 10 dniach zagojona i bez dolegliwości.

Usunięty guz płaski, jednostajnie wydłużony, miał wymiary 11 × 7 × 1,5 cm, powierzchnię gładką i budowę zrazikową zatartą. Szypułę guza stanowił środkowy odcinek sieci, 3-krotnie skręcony dokoła swej osi na kształt sznura. Sieć w miejscu skrętu uległa znacznym zmianom; z trudem tylko można było ją odkręcić, przy czym natychmiast skręcała się z powrotem. Badanie histologiczne guza wykazało wyłącznie utkanie sieci. Poszczególne wysepki tkanki tłuszczowej były otoczone, względnie poodgradzane od siebie przez silnie porozszerzane naczynia włosowate, wypełnione szczelnie krwinkami. Tu i ówdzie znajdowały się poza tym ogniska krwotoczne — większe skupienia krwinek poza ścianami przerwanych naczyń włosowatych, zajmujące miejscami znaczną przestrzeń. Pośród niezmienionych krwinek można było wykazać obecność dość równomiernie porozrzucanych i dobrze barwiących się leukocytów. Wreszcie szerokie światła większych naczyń, zarówno tętniczych jak i żylnych, były wypełnione przez fragmenty rozpadłych krwinek.

Peterman mówi, że skręt sieci jest już tak dobrze znaną jednostką chorobową, że często bywa rozpoznawany przed zabiegiem. W istocie jednak rozpoznanie kliniczne schorzenia nastręcza tak znaczne trudności, iż wyjątkowo tylko udaje się je ustalić przed operacją. Niektórzy twierdzą wprawdzie, że chirurg dokładnie obeznany z tym cierpieniem, jeśli raz już obserwował podobny przypadek, przypomni go sobie w odpowiedniej chwili i będzie myślał o możliwości istnienia skrętu sieci. Twierdzenie to nie jest pozbawione słuszności, co najwyżej do pewnego tylko stopnia. Zdarzyło się nam bowiem, że w przypadku, w którym objawy brzuszne były niewyraźne i nie pozwalały na pewne rozpoznanie żadnego z codziennych schorzeń chirurgicznych, błędnie przypuszczaliśmy istnienie skrętu sieci. Trafne rozpoznanie możliwe jest chyba tylko wyjątkowo i przeważnie bywa przypadkowe. Zdaniem szeregu autorów w przypadkach, w których nie stwierdzamy obecności przepukliny, rozpoznanie jest z reguły niemożliwe. Według obliczeń *Morrisa* ilość trafnych rozpoznań klinicznych ustalonych przed zabiegiem nie przekracza 7 — 9% wszystkich spostrzeganych przypadków. Przeważnie błędnie rozpoznawano w tych przypadkach zapalenie wyrostka robaczkowego, względnie woreczka żółciowego. Mylono je jednak również i z szeregiem innych schorzeń: uwięźnięciem jelita lub sieci, kamicą żółciową i nerkową, zapaleniem bądź guzami sieci, guzami kątnicy itd.

Schorzenie przeważnie powstaje nagle; choć nie daje początkowo burzliwych objawów, to jednak zmiany w sieci postępują szybko, stąd ostry przebieg kliniczny. Ciepłota ciała nie przekracza zwykle 38°, tętno odpowiada wysokości ciepłoty; chorzy skarżą się na nudności, zaparcie stolca, a przy badaniu stwierdza się lekkie wzdęcie brzucha, napięcie mięśni, ograniczoną oporność i bolesność. Wymioty występują przeważnie dopiero w następstwie wikłającego schorzenie zapalenia otrzewnej; niektórzy jednak chorzy od początku uporczywie wymiotują. Niekiedy, zwłaszcza w przypadkach, w których sieć kilkakrotnie skręca się dokoła swej szypuły, bywa uspokojenie się objawów w przerwach pomiędzy poszczególnymi skrętami. W związku z tym przebieg kliniczny sprawy w poszczególnych przypadkach bywa różny. Sprawa bowiem niekiedy od początku przebiega przewlekle, nie dając gwałtownych objawów, bez gorączki, przyspieszenia tętna, nudności i wymiotów. Zazwyczaj towarzyszą skrętowi silne bóle brzucha, o charakterze napadowym, odczuwane nad prawym talerzem biodrowym lub w okolicy pępka. W 88% przypadków ból jest ograniczony do prawego dołu biodrowego, a tylko niektórzy chorzy skarżą się na bóle w okolicy przyczepu sieci. Obronę mięśniową spostrzega się nie stale, przy

czym częstokroć nie bywa ona ściśle umiejscowiona. Największą wartość rozpoznawczą przypisuje się wykazaniu obecności mało ruchomego, bolesnego na ucisk guza w prawej połowie brzucha, sprawiającego wrażenie wysoko usadowionego ropnia okołokątniczego. Już sam fakt, że guz leży najczęściej po prawej stronie brzucha, utrudnia rozpoznanie. Skręcona sieć bywa wyczuwalna pod postacią bolesnego guza zwykle tylko na początku choroby, kiedy brzuch nie jest jeszcze wzdęty, a powłoki napięte. Niejednokrotnie już i w tym czasie przeszkadza wyczuciu guza nadmierna grubość i napięcie powłok. Część chorych miewa uczucie obecności w brzuchu ciała obcego. *Taddeia* uważa — stwierdzane w czasie prześwietlania—przeciągnięcie ku dołowi poprzecznicy i przyleganie jej pętli do ściany okrężnicy wstępującej za charakterystyczne dla skrętu sieci. W przypadkach wszakże przebiegających ostro lub podostro nikt nie będzie się uciekał do tego badania pomocniczego. Również inne objawy, uważane za szczególnie charakterystyczne dla skrętu sieci, istotnie pozbawione są wszelkiej wartości. Trudno byłoby np. w inny sposób ocenić uważane przez *Bohrera* za ważny objaw rozpoznawczy nasilanie się bólów przy zmianie pozycji chorego z leżącej na stojącą. Choć, jak twierdzą niektórzy, obraz krwi ma posiadać znaczenie decydujące dla rozpoznania, to jednak leukocytoza w jednych przypadkach bywa prawidłowa, w innych natomiast znacznie przekracza wartości normalne.

Schorzenie częściej znacznie występuje u mężczyzn, niż u kobiet (62,7% na 37,3% przypadków według zestawienia *Morrisa*), najczęściej u osobników silnych i otyłych, w wieku między 30 — 40 r. życia, wyjątkowo zaś tylko u dzieci (*Gucci*). Rokowanie zależy od stopnia skrętu i od zmian anatomicznych w sieci, a więc od czasu wykonania zabiegu. Leczenie może być tylko operacyjne, samoistne bowiem odkręcenie się skręconej sieci należy do rzadkości (*Filippini*). Wcześniej wykonany zabieg, polegający na wycięciu skręconej sieci w granicach zdrowych, po uprzednim założeniu szeregu podwiązek obejmujących niewielkie tylko partie sieci, daje dobre rokowanie. Niektórzy (*Cecchini*) w przypadkach skrętu przebiegającego przewlekle zajmują stanowisko wyczekujące. Postępowanie to ma rzekomo znajdować uzasadnienie w tych przypadkach klinicznych, w których skręcony guz sieci, po obumarciu pokrywającej go warstwy komórek nabłonkowych, zrastał się z otoczeniem i na skutek wytworzenia się krążenia obocznego nie przyszło do jego obumarcia, wobec czego i objawy kliniczne skrętu ustępowały w zupełności. Tego jednak rodzaju zejście sprawy kryje w sobie szereg poważnych niebezpieczeństw dla chorego, to też nie może być uzasadnione, tym bardziej, że zwykle nie operowane przypadki ostrego skrętu sieci giną z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej, w przypadkach zaś skrętu o przebiegu przewlekłym miejscowe zmiany zapalne i martwica guza niejednokrotnie prowadzą do wytworzenia się ropni. O tym, że najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach skrętu sieci bywa zapalenie otrzewnej, przekonał się również *Hatta* w doświadczeniach na zwierzęciu. Ogólna śmiertelność pooperacyjna ogłoszonych do roku 1925 przypadków skrętu sieci wynosiła 5,5% (*Cowell*); według obliczeń *Błażka* (1927) nie przekracza ona 3% i dotyczy wyłącznie przypadków, które w czasie zabiegu rozwiązano niewłaściwie. Z pośród dalszych powikłań, spostrzeganych w nieoperowanych we właściwym czasie przypadkach skrętu sieci, wyszczególniano powstawanie zakrzepów i zatorów nie tylko w sieci, lecz również w krezce jelit i w

naczyniach innych narządów jamy brzusznej, krwawienia z jelit, wreszcie ropienie, a nawet zgorzel jelit.

Znajdowane w tych przypadkach w sieci zmiany anatomiczne odpowiadają różnie nasilonym zaburzeniom krążenia; stwierdzano zastój żylny, obrzęk, zmiany zapalne sieci, a nawet jej martwicę, w zależności od stopnia i czasu trwania skrętu. Spotykane obrazy wykazują znaczne rozszerzenie naczyń, pękanie ich, obecność wybroczyn, zakrzepów żylnych, bujania tkanki łącznej, nacieków zapalnych, ognisk martwiczych i ropni. W przypadku *Trinklera* 3-krotny skręt nie dał żadnych objawów klinicznych, ani też nie sprowadził większych zmian anatomicznych w sieci i odkryty został zupełnie przypadkowo. W przypadkach *Błażka* i *Hippa* sieć skręcona 4½ oraz 6-ciokrotnie wykazywała wybitne przekrwienie zastoinowe i zmiany zapalne, schorzenie zaś przebiegało wśród gwałtownych objawów brzusznych. Zaciśnięcie światła żył w obrębie skręconej szypuły sieci przy utrzymanym częściowo dopływie krwi tętniczej sprawia, że występują w niej i w jej otoczeniu poważne zmiany anatomiczne. Początkowo stwierdzamy przekrwienie zastoinowe skręconego odcinka sieci, coraz bardziej się nasilające; wszystkie żyły są przepełnione krwią, ściany ich stają się przepuszczalne, to też poza osoczem i krwinki przenikają poprzez ściany naczyń, i obok obrzęku sieci stwierdzamy wystąpienie czerwonego zabarwienia jej miąższu oraz krwawego wysięku w jamie brzusznej. W niektórych naczyniach krew krzepnie i światła ich ulegają zaczopowaniu; inne naczynia pękają, przy czym powstają wylewy krwawe. Po pewnym czasie powierzchnia sieci pokrywa się nalotami włóknikowymi, a w jamie brzusznej gromadzi się wolny płyn surowiczo - krwawy. Przy dłuższym czasie trwania sprawy ginie śródbłonek pokrywający powierzchnię sieci, co sprzyja zrastaniu się jej z otrzewną ścienną i trzewną. W zrostach tych wytworzyć się może krążenie oboczne, stanowiące nowe drogi odżywcze, zapobiegające dalszym następstwom zaburzeń krążenia w skręconej sieci. Wreszcie przy silnych skrętach z reguły wcześniej, przy skrętach mniej znacznych — nawet mimo wytworzenia się zrostów z otoczeniem — po pewnym czasie sieć obumiera, przy czym powstają liczne drobne ropnie, bądź też jeden wielki ropień, wypełniony niejednokrotnie cuchnącą ropą krwawo podbarwioną. Zależnie od stopnia skrętu barwa sieci ulega zmianom; może się stać ona nawet brunatno - czarna, jeśli ulega zgorzeli.

Niekiedy skręt prowadzi do przerwania ciągłości szypuły. W przypadku *Nielsona* skręcona część sieci oddzieliła się całkowicie od szypuły i otorbiła w brzuchu. Nie zawsze bowiem oddzielony narząd obumiera i ulega resorbcji po pewnym czasie; niejednokrotnie usadawia się on w jakimś odcinku jamy brzusznej, otarbia się jak ciało obce, przyrasta dzięki wytworzeniu się zrostów i, jeśli tylko te ostatnie zapewniają mu krążenie, może nie obumrzeć, a nawet rosnąć dalej. Jeśli zaś w miejscu jego usadowienia się brak jest potrzebnego odżywienia, powstają zmiany wsteczne — zwapnienie itp.

Patogeneza skrętu sieci nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona, a zwłaszcza mechanizm powstawania skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej w przypadkach, w których nie mamy do czynienia z przepukliną. Stosunkowo łatwo wytłumaczyć skręt sieci znajdującej się uprzednio przez czas dłuższy w worku przepuklinowym. Powstałe w niej zmiany anatomiczne: obrzęk, przekrwienie, przerost tłuszczowy lub łącznotkankowy, dalej wytworzenie się przewężenia w miejscu stykającym się

przez czas dłuższy z wrotami przepuklinowymi sprawia, że zmieniony odcinek sieci, zawieszony na cienkiej szypule, dostawszy się do jamy brzusznej może ulec skrętowi pod wpływem czynników mechanicznych. Ruchy robaczkowe jelit, ruchy obrotowe ciała, zwłaszcza nagłe, jak np. szybkie powstanie z pozycji leżącej, zwłaszcza gdy jeden biegun sieci jest ustalony, stać się mogą przyczyną powstania skrętu. Istnienie przepukliny jest tylko jednym z czynników sprzyjających wytwarzaniu się guza zapalnego sieci, czynnikiem bynajmniej nie jedynym. Jak to niedawno szczegółowo poruszył *Wolański* — wobec czego nie będą się zatrzymywać nad tą sprawą — zapalenie sieci spotykamy w przebiegu szeregu różnorodnych schorzeń narządów jamy brzusznej i po zabiegach brzusznych. *Błażek,* podkreślając dwa szczegóły prawie zawsze spotykane w przypadkach skrętu sieci, mianowicie, że obwodowa, skręcona część sieci tworzy rodzaj guza i że chorzy ci zwykle mają przepuklinę, wnioskuje, że skręt sieci jest przeważnie wtórnym powikłaniem guzowatych zmian sieci, obecność zaś przepukliny odgrywa decydującą rolę w powstawaniu zarówno guzów, jak i skrętów sieci. Guzowate zmiany sieci, pod względem anatomicznym odpowiadające toczącej się w niej sprawie zapalnej o charakterze wytwórczym, powstają pod wpływem różnorodnych urazów mechanicznych, na które sieć, tak często stanowiąca zawartość worka przepuklinowego, stale bywa narażana, zwłaszcza podczas wsuwania się do worka i przy odprowadzaniu do jamy brzusznej. Wytworzenie się guza sieci usposabia do powstania jej skrętu. Przepuklina nie tylko sprzyja powstawaniu guza sieci, lecz ponadto stać się może przyczyną jej skrętu, guz sieci bowiem przy przesuwaniu się przez wrota i kanał przepuklinowy wykonuje ruchy obrotowe. Niekiedy sieć okręca się dokoła zrostu rozpiętego w jamie brzusznej, podobnie jak w innych przypadkach w warunkach tych ulega zawęźleniu pętla jelitowa; jest to szczególny rodzaj skrętu.

Przyczyny występowania skrętu sieci oraz mechanizm jego powstawania w pozostałych, nielicznych przypadkach usiłują tłumaczyć te same teorie, które wysuwano również dla wyjaśnienia skrętu innych narządów jamy brzusznej, w szczególności narządów uszypułowanych, jak przydatki maciczne. Mechanizm skrętu guza zapalnego sieci niczym nie różni się od skrętu innych guzów śródbrzusznych. Pierwsza z tłumaczących skręt teorii — to *teoria hemodynamiczna Payera,* druga — *teoria mechaniczna Sellheima.*

Payer przypuszcza, że każdy czynnik prowadzący do zastoju krwi żylnej, wszystko jedno czy chodzi o toczący się w sieci przewlekły proces zapalny, czy o nowotwór, czy też wreszcie nawet o fizjologiczny skręt sieci o 90°, sprawia, że żyły okręcają się dokoła krótszych tętnic, co prowadzić może do powstania skrętu sieci. Sieć zaś raz skręcona łatwo skręca się dalej, aż wreszcie nastąpi zupełne zaciśnięcie światła naczyń skręconej szypuły, prowadzące do zgorzeli sieci. Dużą też rolę w mechanizmie powstawania skrętu sieci mają odgrywać jej naczynia chłonne. Zaciśnięcie ich świateł, występujące w szypule już przy skręcie sieci o 90°, prowadzi do zastoju chłonki, obrzęku skręconego odcinka, wskutek czego ciężar jego znacznie się zwiększa, co ułatwia dalsze powiększanie się skrętu. Uwzględniając niezwykle silne unaczynienie sieci, szczególną zwłaszcza obfitość kapilarów żylnych i chłonnych, wobec których system tętniczy wydaje się niestosunkowo słabo rozwinięty, oraz to, że fizjologiczne ruchy sieci po części zależne są od zmiennego wypełnienia jej systemu krwionośnego — teoria ta, jeśli chodzi o powstawanie skrętu sieci,

wydaje się uzasadniona. *Błażek* jednak nie godzi się z teorią *Payera*, zatamowanie bowiem odpływu krwi, które wywołuje napięcie ścian żył, nastaje dopiero po kilkakrotnym zakręceniu się szypuły, a nie odwrotnie; siła ta zresztą sama przez się jest znikoma i nie mogłaby doprowadzić do powstania skrętu. Teoria ta, zdaniem *Błażka*, może być nie pozbawiona słuszności, jeśli chodzi o skręty drobnych narządów, jak jajowód lub jądro, nie może natomiast tłumaczyć skrętów sieci. Sam *Payer* zresztą nie przypisywał temu czynnikowi wyłącznej roli, lecz uznawał również inne czynniki.

Nie są też niewątpliwie pozbawione znaczenia, jeśli chodzi o powiększenie się skrętu, dowolne ruchy ciała, zwłaszcza ruchy wykonywane w kierunku skrętu, dalej ruchy narządów sąsiednich, mięśni brzucha, przepony oraz ruchy robaczkowe jelit. *Sellheim* ruchom tym przypisuje główną rolę w powstawaniu skrętu sieci. Zdaniem jego prowadzą do skrętu pewne powtarzające się stale ruchy ciała, zwłaszcza zaś ruchy nagłe, wykonywane zarówno przy pracy, jak i np. przy ćwiczeniach sportowych, szybkie zrywanie się na nogi z pozycji leżącej, nagły skurcz mięśni brzucha, zwiększenie się ciśnienia śródbrzusznego, wzmożone ruchy robaczkowe jelit. Każdy z tych czynników w pewnych warunkach stać się może przyczyną skrętu sieci. Guz zbity, ruchomy, podlega rozmaitym wpływom ze strony ustroju i ogólnym prawom ciążenia. Płaski kształt, nierówna powierzchnia, mała ruchomość guza — utrudniają samorzutne jego obracanie się. Jeśli jednak ruch ciała wzniecił ruch guza, dzięki inercji może on wykonać ruch dalszy, niż ciało.

Obydwie teorie: *Payera* i *Sellheima* bynajmniej nie wyłączają się wzajemnie. Niepodobna zresztą wytłumaczyć mechanizmu wszystkich skrętów przy pomocy jednej teorii. Wytłumaczenie mechanizmu powstania skrętu sieci nie zawsze jest łatwe. Łatwiej tłumaczy się skręt przepuklinowy, niż skręt brzuszny, chociażby z tego względu, że sieć w swej wędrówce przez kanał pachwinowy wykonywuje pewne ruchy obrotowe. Z pośród brzusznych skrętów mechanizm skrętu wydaje się stosunkowo prosty w przypadkach, w których koniec sieci jest przyrośnięty do pętli jelitowej lub innego narządu jamy brzusznej, posiadającego znaczną ruchomość. Nieskomplikowany jest również mechanizm powstawania skrętu w przypadkach guzów sieci, podlegających ogólnym prawom ciężenia, oraz różnorodnym wpływom ze strony sąsiednich narządów jamy brzusznej. Pewną też rolę odgrywać może przerost sieci. Niektórzy przypisują wybitną rolę w powstawaniu skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej zaszłym w niej uprzednio zmianom anatomicznym; zejściem sprawy zapalnej może być bowiem przerost tłuszczowy pewnego odcinka sieci, ostatnio często opisywany. Pod wpływem zaś czynników mechanicznych zmieniona sieć, jak i guz uszypułowany, może ulec skrętowi. W pozostałych stosunkowo nielicznych przypadkach niektórzy myślą o istnieniu wrodzonej szypuły sieci *(Jüngling)*. *Göritz* przypuszcza, że do skrętu sieci usposabiają pewne wady rozwojowe przewodu pokarmowego, w szczególności wysokie ułożenie kątnicy i pozostająca z tym w związku nadmierna długość poprzecznicy. Natomiast *Porzelt* twierdzi, że najczęstszą sprawą, poprzedzającą wystąpienie skrętu i usposabiającą doń, jest stan zapalny sieci. Istotnie sieć długi czas pozostająca w worku przepuklinowym niejednokrotnie wykazywała przewlekłe zmiany zapalne, była silnie przerosła, zgrubiała, niekiedy wisiała na szypule na kształt guza; wszystkie te czynniki niewątpliwie usposabiały do powstania skrętu.

Blażek w swym przypadku znajduje wytłumaczenie przyczyny wytworzenia się guza sieci i powstania jego skrętu — w wywiadach co do trybu życia chorego. Przyjmuje, że codzienne zeskakiwanie z tramwaju w biegu powodowało powolne odrywanie się tkanki tłuszczowej sieci; uprawianie zaś boksu, tj. ruchów ostrych i jednostajnych w znaczeniu *Sellheima*, doprowadziło do kilkakrotnego skrętu guza sieci.

W naszym przypadku momentem wyzwalającym skręt był prawdopodobnie sam czynnik mechaniczny, nagły ruch ciała, wobec tego że odpadają wszelkie inne omówione czynniki, uważane za usposabiające do powstania skrętu.

PIŚMIENNICTWO:

1) *Blażek L.:* Przypadek skrętu sieci większej. Polski Przegląd Chir., T. VI, 1927; 2) *Cecchini N.:* Torsione totale di omento. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 75, 1935; 3) *Cowell E.:* Abdominal torsion of the omentum. Brit. journ. of surg., t. 32, 1925; 4) *Göritz H. G.:* Über Netztorsion. Kiel, Diss., 1934; 5) *Gucci G.:* La diagnosi della torsione del grande epiploon. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 38, 1926; 6) *Hatta O.:* Experimentelle Untersuchungen über Netztorsion. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 79, 1936; 7) *Henrichsen A.:* Beitrage zur Klinik und Pathogenese der Netztorsion. Dtsch. Z. f. Chir., Bd. 235, 1932; 8) *Hipp F.:* Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. Polski Przegląd Chir., T. XV, 1936; 9) *Jeffries J.:* Torsion of the great omentum. Ann. Surg., 93, 1931; 10) *Lucca E.:* Contributo allo studio della torsione del grande epiploon. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 72, 1935; 11) *Morris J.:* Torsion of the omentum. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 58, 1932; 12) *Mullen Th.:* Torsion of the great omentum. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir., Bd. 32, 1925; 13) *Porzelt W.:* Zur Frage der Entstehung der freien Netztorsion in der Bauchhöhle. Zlbl. f. Chir., Bd. 57, I, 1930; 14) *Szulte B.:* Zur Ätiologie der Netztorsion. Zlbl. f. Chir., Bd. 60, II, 1933; 15) *Wertheim A.:* Przypadek niezwykłego guza jamy brzusznej. Posiedzenie kliniczne T-wa Warszawskiego Chirurg. Chirurg Polski Nr 1, 1938; 16) *Wolański R.:* O guzach zapalnych sieci. Nowiny lekarskie, 1936; 17) *Zaorski J.:* Skręt sieci. Polski Przegląd Chir., T. VII, 1928.

RESUMÉ.

Torsion du grand épiploon

par

Dr P. Hornicki (Kraków).

L'auteur relat un cas de torsion multiple du grand épiploon dans la cavité libre du péritoine chez une femme de 49 ans, qui n'avait point d'hernie. Vu la rareté de cette affection (on ne note que 50 cas dans la litterature), l'auteur éxpose son étiologie, anatomie pathologique et clinique.

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Józefa w Łodzi.
Ordynator: *Dr L. Dengel.*

O torbieli trzustki wyleczonej za pomocą dwuczasowego zabiegu operacyjnego

podał

Dr J. Neuman.

Torbiele okolicy trzustki należą do najrzadziej spotykanych torbieli jamy brzusznej. Niektóre z nich nie mają nic wspólnego z trzustką, lecz rozwijają się z in-

nych tkanek, na co wskazuje obecność w ścianach tych torbieli elementów obcych trzustce (np. włókien mięśniowych prążkowanych). Co do torbieli wychodzących z trzustki, to można je podzielić na:

1. torbiele uwarunkowane zaburzeniami rozwojowymi (torbiele u dzieci, torbiele trzustki towarzyszące torbielowatości nerek, skórzaki);
2. torbiele pourazowe;
3. torbiele zastoinowe;
4. torbiele nowotworowe (torbielak gruczolakowy, torbielak rakowy);
5. torbiele pasożytnicze;
6. torbiele rzekome trzustki na tle zapalnym.

Najczęściej trafiają się torbiele rzekome; nie posiadają one błony śluzowej i są pochodzenia urazowego lub zapalnego. Ich znaczenie kliniczne uwydatnia się z chwilą gdy osiągają one znaczną wielkość i wywierają ucisk na sąsiednie narządy — na przewód żółciowy wspólny, dwunastnicę lub żołądek. Wtedy konieczność zabiegu operacyjnego staje się oczywistą, lecz doszczętne usunięcie takich torbieli jest utrudnione i niebezpieczne wskutek tego, że są one na znacznej przestrzeni zrośnięte z miąższem trzustki, a nawet komunikują z przewodem trzustkowym, jak to miało miejsce w opisanym poniżej przypadku.

Chora A. M., lat 60, dotychczas nie chorowała. Od 4 tygodni uskarża się na bóle w okolicy żołądka, niezależnie od przyjmowania pokarmów; często wymiotuje, stolec zaparty, co 2 — 3 dni. Miewa wzdęcia brzucha.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego. Skóra zabarwiona prawidłowo. Język wilgotny. Klatka piersiowa krótka, beczkowata. Płuca i serce bez zmian. Jama brzuszna: nieznaczne wygórowanie i opór mięśniowy w okolicy żołądka. Przy ledwie zaznaczonej bolesności uciskowej tego miejsca wyczuwa się w głębi twór jakby elastyczny, wielkości pięści, niewyraźnie odgraniczony i mało ruchomy. Wątroba nie jest wyczuwalna. Brak wysięku w jamie brzusznej. Kończyny dolne bez zmian. Odruchy prawidłowe.

Badanie moczu: ślady białka, osad nie zawiera składników patologicznych. Badanie treści żołądkowej: naczczo: L = 0, Ac = 6; po śniadaniu próbnym: L = 12, Ac = 26; w osadzie skrobia, śluz. Rentgenologicznie: stały duży ubytek cienia w okolicy krzywizny dużej. Leukocytoza 8.400. Obraz Schillinga bez odchyleń od normy.

Rozpoznanie — torbiel w górnej części jamy brzusznej, wychodząca z krezki lub z trzustki.

Operacja: W znieczuleniu eterowym, cięcie środkowe powyżej pępka. Żołądek normalny; jego część odźwiernikowa spłaszczona z tyłu przez torbiel wielkości głowy dorosłego człowieka, wychodzącą z części trzustki, sąsiadującej z dwunastnicą. Po opróżnieniu torbieli z płynu za pomocą aspiratora, przyszyto jej przednią ścianę do powłok brzusznych; torbiel zdrenowano.

W przebiegu pooperacyjnym jama torbieli zanika, wydzielina jednak nie zmniejsza się. Po upływie 4 tygodni od operacji wytwarza się przetoka, prowadząca w kierunku głowy trzustki. Skóra w sąsiedztwie przetoki wyżarta na dużej przestrzeni. Za pomocą założonego do przetoki drenu zbiera się do naczynia cały wydzielony płyn, w ilości około 200 cm^3 na dobę. Laboratoryjnie stwierdza się w nim obecność zaczynów trzustkowych. Chora traci na wadze i jest słaba.

Skoro ma się do czynienia z przetoką, pochodzącą z trzustki i wydzielającą dziennie aż 200 cm^3 płynu zawierającego zaczyny trzustkowe, a chora mimo normalnego odżywiania traci na wadze, można—jak w opisanym przypadku — z całą pewnością twierdzić, że 1) przetoka komunikuje z przewodem trzustkowym niedaleko jego ujścia i 2) że przez przetokę wydobywa się większa część wydzieliny trzustki. Wobec tego stanu sprawy, który nie rokował przy zachowawczym sposobie leczenia żadnej poprawy, a powodował coraz to większe osłabienie chorej, przystąpiłem po 3 miesiącach do drugiej operacji.

Znieczulenie evipanem. Odpreparowano przetokę w powłokach brzusznych i dalej w kierunku trzustki. Resekcja części przetoki, przebiegającej w powłokach brzusznych. Długość śródbrzusznego odcinka przetoki wynosiła około 5 cm; przebiegał on nad krzywizną małą żołądka. Do przetoki założono dren, przymocowując go lekko do jej ściany za pomocą podwiązki, w odległości 8 mm od odświeżonego otwartego końca przetoki. Wolny koniec przetoki rozszczepiono 2 bocznymi cięciami na dwie połowy, które wprowadzono do żołądka przez mały otwór w okolicy krzywizny małej i przymocowano od wewnątrz szwami materacowymi, a więc w sposób, jaki się stosuje przy wszczepianiu moczowodu do pęcherza. Prócz tego nałożono jeszcze dwa piętra szwów na surowicówkę. Powłoki brzuszne zeszyto szczelnie.

Przebieg pooperacyjny gładki. Chora wyzdrowiała. Prześwietlenie kontrolne wykazało stan żołądka bez odchyleń od normy.

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim.

Przypadek uszypułowanego włókniakochrzęstniaka jamy ustnej

podał

Dr Janusz Peter
Dyrektor Szpitala.

Z pośród guzów jamy ustnej spotyka się najczęściej dziąślaki. Należą one do nowotworów łącznotkankowych, jak włókniaki, śluzaki itp. i wychodzą z okostnej albo szpiku kostnego. Zwykle rosną w postaci guzów o szerokiej podstawie lub uszypułowanych. Substancja międzykomórkowa dziąślaka mięsakowego, a raczej włókniakomięsaka bywa niekiedy tak silnie rozwinięta, że dopiero badanie drobnowidowe rozstrzyga o przynależności guza, wyglądającego na włókniaka, a będącego dziąślakiem włóknistym z komórkami olbrzymimi. Do rzadkości jednak należy guz o utkaniu chrząstkowym, jaki niedawno mieliśmy w leczeniu (rys. 1).

Stwierdziliśmy go u Zofii B. lat 43, która przed dziesięciu laty zauważyła guzek na dziąśle po lewej i wewnętrznej stronie żuchwy, w okolicy ostatniego zęba trzonowego. Z biegiem czasu guzek powiększał się, nasuwając się na podniebienie, przy czym z okrągłego stawał się coraz bardziej płaski, skutkiem przyciskania go językiem do podniebienia twardego, podczas żucia i połykania pokarmów. Z czasem przyjął postać płytkowatą i stał się zawadą podczas jedzenia i połykania z powodu swej wielkości.



Rys. 1.

W dniu przybycia (13. XII 1937 r.) dorównywał 10-złotówce i tak wraz z językiem wypełniał jamę ustną, że chora musiała mieć usta stale rozwarte. Przylegał dość mocno do podniebienia i dawał się mało odchylić, tak że sądziliśmy, iż wychodzi z podniebienia twardego. Bliższe jednak oględziny guza wykazały istnienie szypułki, usadowionej na dziąśle. W znieczuleniu miejscowym odcięto guz nożem elektrycznym i wyłyżeczkowano miejsce przyczepu. Po trzech dniach chora opuściła szpital.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Plk dr T. Sokołowski.*

Postępowanie w złamaniach panewki stawu biodrowego

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

W Instytucie Chirurgii Urazowej leczono dotychczas 3 przypadki złamania panewki stawu biodrowego, z których dwa stanowią typowe t.zw. dośrodkowe zwichnięcia biodra *(luxatio coxae centralis)*, a trzeci jest wstępną jego postacią. Krótkie omówienie tych przypadków zobrazuje sposób leczenia tego ciężkiego uszkodzenia, stosowany w Instytucie oraz ujawni uzyskane wyniki.

Przypadek 1. Kobieta 42 l. spadła z drabiny na okolicę krętarza lewej k. udowej. Rntg. (rys. 1)



Rys. 1. Przyp. 1. Rntg. pierwotne.

wykazał złamanie panewki lewego stawu biodrowego ze znacznego stopnia wgnieceniem główki k. udowej do miednicy małej. Leczenie polegało na zastosowaniu bezpośredniego wyciągu za pomocą specjalnej śruby (rys. 2), wkręconej z małego cięcia do kości udowej poniżej krętarza. Odpowiedni opatrunek gipsowy (rys. 3), obejmujący miednicę i udo, stanowił oparcie dla skrzydlatej nakrętki śruby, umożliwiając zastosowanie

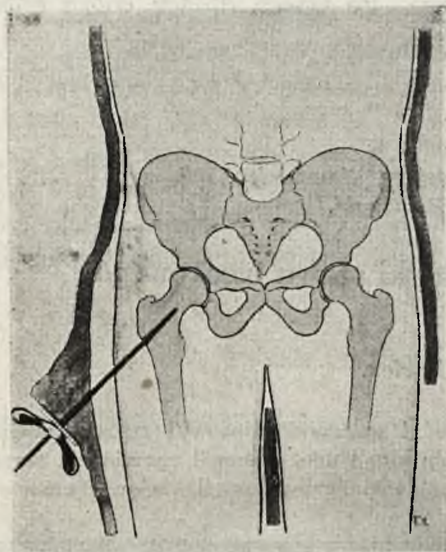


Rys. 2. Śruba wyciągowa z nakrętką i rękojeścią do wkręcania oraz gwóźdź Steinmanna z rękojeścią.

wyciągu (rys. 4). Szczegóły techniczne zostały opisane przez *plk dr Sokołowskiego* w „Chirurgu Polskim" (Nr. 1/36, s. 29—31).

Leczenie wyciągiem śrubowym trwało 4 tyg., po

czym zdjęto gips, usunięto śrubę i założono jeszcze wyciąg plastrowy. Ostrożne obciążanie kończyny rozpoczęto po dalszych 5 tyg. Wynik w chwili wypisania z Instytutu przedstawiają rentgenogramy — rys. 5. Obecnie, po upływie przeszło 1½ roku, pacjentka tak opisuje w liście stan swej kończyny: „Bólów w biodrze ani samoistnych, ani przy ruchach nie odczuwam; zakres ruchów w stawie biodrowym jest nieznacznie ograniczony: w kierunku zginania do przodu przechodzi 90°, pozostałe ruchy wolne i nie bolesne. Czuję się zupełnie wyleczoną".



Rys. 3. Opatrunek gipsowy z wmontowanym wyciągiem śrubowym.



Rys. 5. Przyp. 1. Rntg. końcowe.

Przypadek 2. Kobieta 31 l. również spadła z drabiny z wysokości 3 m, uderzając okolicą krętarza lewej k. udowej. Rntg. (rys. 6) — złamanie dna panewki z umiarkowanym wgnieceniem główki k. udowej i jednoczesnym złamaniem k. łonowej. W tym przypadku zastosowano wyciąg drutowy za kłykcie k. udowej z obciążeniem 8 — 12 kg i tak znacznym odwiedzeniem kończyny, by



Rys. 4. Przyp. 1. Rntg. podczas działania wyciągu śrubowego.



Rys. 6. Przyp. 2. Rntg. pierwotny.

wyciąg działał w kierunku osi szyi k. udowej.

Takie leczenie wyciągowe trwało 8 tyg., po czym zastosowano jeszcze krótkotrwały wyciąg plastrowy. Obciążanie rozpoczęto dopiero po upływie 3 mies. od wypadku. Badanie kontrolne po 16 mies.: pełny zakres ruchów w stawie biodrowym, brak jakichkolwiek dolegliwości. Rentgenologicznie wynik doskonały (rys. 7).



Rys. 7. Przyp. 2. Rntg. kontrolny po 16 mies.

Przypadek 3. Mężczyzna 48 l. został potrącony przez samochód i przewrócony na jezdnię. Złamanie panewki prawego stawu biodrowego z nieznacznym wgnieceniem główki (rys. 8); jednocześnie złamanie szyi lewej łopatki. Leczenie wyciągiem drutowym za kłykcie uda z obciążeniem 12 kg, w ułożeniu kończyny w dużym odwiedzeniu na podstawce Brauna. Po upływie 6 tyg. zdjęto wyciąg, obciążanie rozpoczęto po dalszych 2 tyg. Wynik czynnościowy i rentgenologiczny po 3 mies. od złamania — b. dobry (rys. 9).

Leczenie tego ciężkiego uszkodzenia polega na wypełnieniu dwóch zadań: 1) wydobycia zwichniętej (określenie niesłuszne!) główki z miednicy małej, do której może być ona wgnieciona aż tak głęboko, że krętarze wchodzą w bezpośrednie zetknięcie z krawędzią panewki, i 2) utrzymania jej w prawidłowym ustawieniu w stosunku do panewki tak długo, dopóki złamanie, raczej zdruzgotanie dna panewki nie ulegnie całkowitemu skonsolidowaniu.



Rys. 8. Przyp. 3. Rntg. pierwotny.



Rys. 9. Przyp. 3. Rntg. końcowy.

Oba zadania spełnia bezpośredni wyciąg za kość udową. W przypadkach ze znacznym wgnieceniem główki poprzez zdruzgo-

taną panewkę, zaczepienie wyciągu winno znajdować się jak najbliżej, co zwiększa bezpośredniość jego działania: ten typ leczenia obrazuje przyp. 1., z użyciem śruby wkręconej w okolicę krętarza. W przypadkach, w których wydobycie umiarkowanie wgniecionej główki nie natrafia na większe trudności — wystarczy wyciąg drutowy za kłykcie k. udowej, przy czym ważnym momentem jest duże odwiedzenie kończyny.

Pierwsze zadanie lecznicze zostaje wypełnione w ciągu krótkiego czasu: wyciągiem śrubowym wydobywa się wgniecioną główkę (oczywiście w uśpieniu) doraźnie, w ciągu kilku minut, wyciąg drutowy ściąga ją na miejsce stopniowo, w ciągu kilku dni. Dalsze, długotrwałe działanie wyciągu — to wypełnienie drugiego zadania, polegającego na zupełnym odciążeniu dna panewki, na które w warunkach fizjologicznych główka wywiera stały ucisk, nie tylko podczas obciążania kończyny, ale i podczas leżenia, wskutek kurczu mięśni; to działanie mięśni powinien wyciąg niweczyć.

Okres leczenia wyciągowego trwać musi, zależnie od przypadku, 6 — 8 tygodni; obciążenie wyciągu początkowo silniejsze (ok. 12 kg), później słabsze (8 — 6 kg).

Z porównania rentgenogramów pierwotnych i końcowych wynika, że działanie wyciągu udziela się pośrednio i odłamom dna panewki, ściągając je w kierunku obwodowym i powodując mniej lub więcej dokładną rekonstrukcję.

Wyniki końcowe, uzyskane w tych 3-ch przypadkach z materiału Instytutu, są dobre, co świadczy niewątpliwie o celowości leczenia za pomocą długotrwałego bezpośredniego wyciągu. Ważnym czynnikiem jest możliwie wczesne rozpoczęcie i systematyczne, długotrwałe prowadzenie leczenia fizykalnego (masaże, gimnastyka czynna i bierna, kąpiele) oraz nie za wczesne obciążenie kończyny — dopiero po upływie koło 3 miesięcy od wypadku.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Plk Dr T. Sokołowski.*

Leczenie świeżych złamań kłykci kości ramiennej, udowej i piszczelowej za pomocą wyciągu drutowego [1])

podał

Dr Bolesław Hryniewiecki.

Złamania kłykci kości ramiennej, udowej i piszczelowej posiadają wiele cech wspólnych: są to złamania śródstawowe nasad kości długich, mechanizm tych złamań jest zazwyczaj kompresyjny z rozchyleniem kłykci, poza tym prócz odłamanych kłykci spostrzegamy często jeszcze inne odłamki. W obrębie kości udowej i piszczelowej odłamane kłykcie pozostają w związku z przyczepami wiązadeł pobocznych, co odgrywa dużą rolę w leczeniu wyciągiem.

Mianownictwo anatomiczne (Bochenek) nie uwzględnia w obrębie nasady dolnej kości ramiennej terminu „kłykieć”, a jedynie „wyniosłość nadkłykciowa”. Jednak i rozwojowo i pod względem budowy anatomicznej bloczek wraz z wyniosłością nad-

[1]) Referat wygłoszony na VI Zjeździe P. T. O. i T. w Poznaniu dnia 4.IV 1938.

kłykciową przyśrodkową stanowi kłykieć przyśrodkowy, a wyniosłość główkowata wraz z nadkłykciową boczną — kłykieć boczny.

Linia złamania w omawianych złamaniach nasad ma z reguły kształt litery T lub Y. Złamaniu pojedyńczego kłykcia kości udowej lub piszczela odpowiada często spotykane odosobnione złamanie wyniosłości główkowatej kości ramiennej, zazwyczaj z odszczepem wyniosłości nadkłykciowej (tej postaci nie leczymy wyciągiem drutowym).

Objawy kliniczne: na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia w związku z wylewem krwawym do stawu i odruchem bólowym, oraz znaczne zaburzenia krążenia. Obrzęk występuje z reguły wcześnie i ustępuje powoli. Skłonność skóry do zaburzeń troficznych (pęcherze, odleżyny itp.) jest w tych złamaniach duża.

Leczenie: należy zasadniczo dążyć do anatomicznego nastawienia odłamów. Nawet niewielkie przemieszczenia w złamaniach kłykci (jak w ogóle w złamaniach śródstawowych) mogą prowadzić do znacznego ograniczenia ruchów lub blokady oraz nieprawidłowego ustawienia powierzchni stawowych i upośledzenia czynności kończyny.

Metody lecznicze: najprościej było by doraźnie nastawić złamanie i ustalić nastawienie za pomocą opatrunku gipsowego. Jednak doświadczenie wykazuje, że 1) nie wszystkie typy złamań nasad, szczególnie w obrębie kończyny górnej, poddają się nastawieniu doraźnemu, 2) złamania te nie znoszą szczelnego opatrunku. Po ujęciu kończyny w szczelny opatrunek (bo tylko o takim może być mowa) u chorych tych występują silne bóle na skutek ucisku miejscowego, a narastające zaburzenia krążenia zmuszają do przecięcia i rozchylenia gipsu, co się równa umieszczeniu kończyny w zwykłej szynie żłobowej. W przypadkach z już rozwiniętym obrzękiem doraźne ręczne nastawienie jest w ogóle niewykonalne, a przeczekanie okresu zaburzeń krążenia i wtórne nastawienie odłamów częstokroć nie daje pomyślnego wyniku, ponieważ w tych złamaniach przemieszczenie ulega bardzo szybko utrwaleniu.

Opierając się na naszym dużym materiale, doszliśmy do wniosku, że w leczeniu złamań kłykci najlepsze wyniki daje metoda stałego bezpośredniego wyciągu drutem. Takie postępowanie nie krępuje kończyny opatrunkiem, mamy wolną kończynę dla kontroli okiem, ręką i przyłóżkowym aparatem rentgenowskim, oraz dla wszelkich dodatkowych zabiegów i rękoczynów w celu poprawienia ustawienia odłamów. Wysokie ułożenie kończyny sprzyja cofaniu się zaburzeń krążenia.

W złamaniach kłykci kości ramiennej

drut do wyciągu przeprowadzamy przez wyrostek łokciowy i zawieszamy kończynę w zgięciu i pronacji przedramienia, z obciążeniem od 3 do 6 kg. Po kilku dniach, kiedy przemieszczone odłamy ulegną rozciągnięciu, modelujemy palcami dolną nasadę kości ramiennej, kontrolując rentgenem uzyskany wynik. Niekiedy stosujemy wyciągi boczne z przylepca, działające w pożądanym kierunku zależnie od przypadku. Tak zmontowane unieruchomienie i ustalenie nastawionych odłamów daje dobre warunki do kontroli przyłóżkowym aparatem rentgenowskim. Unieruchomienie trzymamy przez 2 — 3 tyg., po czym, nie zdejmując wyciągu, zagipsowujemy kończynę, a dopiero po stwardnieniu gipsu usuwamy wyciąg. W opatrunku gipsowym trzymamy kończynę przez 2 — 3 tygodnie (rys. 1 a — d).









Rys. 7 a — d.

W złamaniach kłykci kości udowej

postępujemy w podobny sposób, z tą różnicą jednak, że umieszczamy kończynę na podstawce Brauna; drut przeprowadzamy przez guzowatość piszczela. Kierunek działania wyciągu nie zawsze winien być w osi uda, wyciąg pod kątem do osi uda — w zależności od przemieszczenia odłamów — powoduje korekcję. Siła działania wyciągu 4 do 8 kg przenosi się przez wiązadła poboczne na kłykcie. Po rozciągnięciu od-









Rys. 2 a — d.

łamów nastawiamy ręcznie kłykcie, utrzymując je bocznymi wyciągami plastrowymi lub mankietami gipsowymi z nieznacznym obciążeniem. Po nastawieniu zmniejszamy wyciąg do 3 — 4 kg.

Regulując siłę i kierunki działania wyciągów otrzymujemy z reguły rekonstrukcję złamanej nasady. Leczenie na wyciągu

prowadzimy do konsolidacji, t.j. u dorosłego około 8 tyg., po czym rozpoczynamy ruchy stawu kolanowego i mięsienie. Po 12 tyg. obciążamy kończynę (rys. 2 a — d).

Złamania kłykci piszczela z przemieszczeniem









Rys. 3. a — d.

leczymy na podstawce Brauna za pomocą wyciągu drutowego, podobnie jak złamania kłykci uda. Obciążenie od 3 do 8 kg. Po rozciągnięciu odłamów nastawiamy kłykcie ręcznie i kontrolujemy ich ustawienie przyłóżkowym aparatem rentgenowskim. Po nastawieniu kłykcie piszczela nie mają tendencji do przemieszczenia, więc nie zachodzi potrzeba użycia bocznych wyciągów. Po nastawieniu odłamów zmniejszamy wyciąg do 3 — 4 kg. Okres unieruchomienia w tych złamaniach trwa około 8 tyg., po czym następuje mięsienie i ruchy w stawie kolanowym. Obciążamy kończynę po 12 tyg. (rys. 3 a — d).

Aby osiągnąć dobre wyniki w leczeniu złamań kłykci opisaną metodą i uniknąć niepotrzebnych trudności, należy:

1. Po założeniu wyciągu z obciążeniem dostosowanym do siły mięśni chorego czekać 2 do 4 dni na ustąpienie obrzęku (sprzyja temu wybitnie wysokie ułożenie kończyny), a dopiero potem przystąpić do ręcznego nastawiania odłamów.
2. W złamaniach kłykci kości ramiennej założyć drut przez wyrostek łokciowy jak najbliżej jego końca.
3. W złamaniach w obrębie stawu kolanowego sprawdzić czy nie ma uszkodzeń wiązadeł pobocznych; w razie stwierdzenia uszkodzenia jednego z wiązadeł uwzlędnić tę okoliczność przy stosowaniu wyciągu.

W okresie 2-ch lat mieliśmy 92 przypadki złamań kłykci, w tym 47 złamań kłykci kości ramiennej, 8 złamań kłykci kości udowej, 37 złamań kłykci piszczela.

Opisaną metodę stosowaliśmy w przypadkach najcięższych postaci złamań kłykci; kilka przypadków dotyczyło zmiażdżenia nasad i pomimo to udało się odtworzyć powierzchnię stawową i uzyskać dobry wynik. Ani razu nie spostrzegaliśmy większych zaburzeń krążenia kończyny, a utrzymanie nastawionych odłamów nie przedstawiało trudności. Metoda ta daje dobre wyniki pod warunkiem wczesnego jej zastosowania. Nieznaczny tylko odsetek wymaga leczenia operacyjnego w postaci nastawienia krwawego i przybicia (gwóźdź Lambotte'a, przezskórne przybicie drutem).

Ze Szpitala Żydowskiego w Pińsku.
Dyrektor: *Dr Jewsiejenko.*

Krwotoki wewnątrzkiszkowe po appendektomii metodą Lexera

podał

Dr Ł. Jakóbson.

Pomimo tak wielkiej popularności tej operacji i tak częstego wykonywania jej przez chirurgów, a nawet przez lekarzy praktyków, dotychczas nie została ujednostajniona metoda załatwiania kikuta po appendektomii. Pomijając różne drobne szczegóły techniczne, można wyodrębnić 3 zasadnicze sposoby:

1. Podwiązanie kikuta z następowym pokryciem go kapciuchowym szwem, surowicówką jelita ślepego.
2. Podwiązanie kikuta i pozostawienie go bez pokrycia w jamie brzusznej.
3. Wpuklenie niepodwiązanego kikuta do światła jelita ślepego (metoda *Lexera*).

Ten ostatni sposób ma duże zalety, gdyż uniemożliwia tworzenie się nacieku lub ropnia pomiędzy kikutem i szwem kapciuchowym, powstawanie zrostów pooperacyjnych, martwicy kikuta ze wszystkimi jej następstwami itd.

Celem niniejszej notatki jest zwrócenie jednak uwagi na możliwość powikłania, z którym mieliśmy do czynienia w naszym szpitalu na materiale 490 appendektomii, wykonanych metodą *Lexera*, a mianowicie na krwawienie z kikuta wpuklonego do światła jelita.

Przyp. 1. Mężczyzna lat 35, operowany z powodu podostrego zapalenia wyrostka ropaczkowego, w znieczuleniu perkainowym. W szóstym dniu po operacji wystąpiły w nocy bóle brzucha, krwisty (czarny) stolec oraz lekka zapaść. Chory wyzdrowiał.

Przyp. 2. Chora l. 22. Appendicitis chronica. Znieczulenie perkainowe. Od 3-go dnia po operacji czarne stalce 2 — 3 razy dziennie. Wskutek ciężkiego stanu chorej na czwarty dzień po operacji relaparotomia, podwiązanie kikuta, przetoczenie 200 cm^3 krwi. Chora wyzdrowiała.

Jak wiadomo wyrostek robaczkowy jest unaczyniony przez *a. coeco-appendicularis*, której rozgałęzienia przebiegają wachlarzowato w krezeczce wyrostka, a zakończenia ich anastomozują ze sobą. Jednak na tym nie kończy się unaczynienie wyrostka. U jego podstawy przebiega małe naczyńko, które po podwiązaniu krezeczki nie przestaje krwawić. Naczyńko to biegnie w linii przedłużenia krezki. Przy próbie odpreparowania tego naczyńka można zauważyć, iż nie zawsze miewa ono jednakowy przebieg: czasami biegnie pod otrzewną pokrywającą wyrostek, czasami zaś drąży w głąb do mięśniówki, a nawet do podśluzówki wyrostka.

Graser podaje w „Chirurgische Operationslehre" (t. III) metodę *Lexera*, nie wspomina jednak nic o wzmiankowanym przeze mnie powikłaniu. Natomiast *Bürke de la Camp* czyni to w następujących słowach: „Ein meist vorhandenes, kleines, subseröses Gefäss an der Appendixbasis, wird proximal der Basis umstochen und unterbunden".

Muszę zaznaczyć, iż przy wszystkich appendektomiach wg. *Lexera* trzymamy się tej zasady i podkłuwamy to naczynie, czasami nawet w dwóch miejscach. Uważam jednak, że w tych przypadkach, gdy przebiega ono w warstwach głębszych, pomimo podkłucia może nastąpić krwawienie dojelitowe, czasem nawet bardzo groźne w swych następstwach — jak to miało miejsce w przypadkach wyżej opisanych. Głębsze podkłuwanie naczynia grozi przekłuciem śluzówki, co oczywiście może pociągnąć za sobą zanieczyszczenie pola operacyjnego.

Wobec tego, że w dostępnej literaturze nie spotkałem się z opisem podobnego powikłania, uważam za wskazane zwrócenie na nie uwagi.

PIŚMIENNICTWO.

Ebher: Zbl. für Chirurgie 103, 1910. *Hortolomej:* Zbl. für Chirurg. 38, 1931. *Bürk de la Camp.:* Zbl. für Chirurgie Nr 29, 1932, Münch. Med. Wochenschr. Nr 26. 1926.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w Szpitalu Wolskim dnia 19 września 1938 r.

Dr M. J. Piasecki:

POKAZ PRZYPADKÓW PO TORAKOPLASTYCE.
(Str. własne)

Przedstawiając 10 przypadków po wykonanej torakoplastyce chcę podkreślić niektóre momenty odgrywające ważną rolę w osiąganiu dobrych rezultatów:

1. Chirurg leczący operacyjnie gruźlicę płuc nie może być tylko technikiem, wykonywującym operację. On sam, albo w bardzo ścisłym kontakcie z ftizjologiem, musi stawiać wskazania do operacji, b. skrupulatnie dobierając przypadki. Po operacji przez czas dłuższy musi utrzymać kontakt z operowanym, by w razie ukazania się konieczności jakiegoś dodatkowego zabiegu, mógł on być w porę wykonany. Przeoczenie takiego momentu może nieraz zniweczyć duży pierwotny wysiłek chorego i chirurga.

2. Wszystkich swych chorych operowałem w znieczuleniu miejscowym ½% roztworem nowokainy. W ich liczbie są operowani dwa- i trzyczasowo. Wszyscy znosili zabieg b. dobrze. Nie mam wprost powodu do brania pod uwagę potrzeby stosowania uśpienia.

3. Chorzy wyznaczeni do torakoplastyki muszą przed operacją należycie przygotować organizm przez pobyt w sanatorium. Po operacji również muszą wrócić tam co najmniej na 3 — 4 miesiące.

4. Torakoplastyka musi dać już zaraz po zabiegu całkowite zapadnięcie się jam. Bliznowacenie i zaciąganie się klatki piersiowej może nieraz doprowadzić do likwidacji procesu, jest to jednak ryzykowne, gdyż częściej nie całkowicie uciśnięta, choćby w postaci szczeliny, jama utrzymuje się i niweczy wysiłek wykonanego zabiegu, dyskredytując metodę.

Dlatego po załatwieniu przykręgowej torakoplastyki z b. dokładnym obliczeniem ilości usuwanych żeber, usuwając przy tym duże ich odcinki, kontrola rentgenowska pozwala na dokładne określenie ile żeber musimy usunąć od przodu.

Nie mam obawy przed skostnieniem w międzyczasie terenu po usuniętych żebrach od tyłu, gdyż ranę po torakoplastyce tylnej mam całkowicie zagojoną już po 10 dniach mimo b. rozległego drenowania.

Na to ostatnie kładę nacisk i wydaje mi się, że przebieg pooperacyjny bezgorączkowy we wszystkich moich przypadkach zawdzięczam temu, że wydzielina tkanek uszkodzonych przy operacji mogła być wydalona, a nie wchłaniała się.

Dostosowywując wielkość zabiegu operacyjnego do potrzeby możemy nieraz oszczędzić choremu drugiego etapu — usuwania żeber od przodu, czego dowodem może być przedstawiony przypadek chorej H. B. lat 29, u której po torakoplastyce przykręgowej częściowej (usunąłem 7 żeber) otrzymałem całkowite zapadnięcie się jam z odprątkowaniem chorej.

5. Torakoplastykę stawiam ponad plombę. Stanowisko moje ilustruje przypadek chorej A. L., u której plomba przerwała ścianę jamy. Chora wypluwała plombę, utworzyła się przetoka z wydzieliną ropną, wytworzył się stan zagrażający życiu chorej. Odważyłem się na torakoplastykę przykręgową, a w drugim etapie usunąłem plombę. W 5 dni po tym zabiegu chora przeszła ciężkie zapalenie płuca po stronie przeciwnej. I z tego wyszła szczęśliwie, a obecnie po 2 latach jest zagojona całkowicie, nie prątkuje, pracuje.

Dyskusja:

Doc. Ostrowski: Dobry wygląd i ogólny stan zdrowia przedstawionych tu chorych świadczą, że obecnie leczeniu operacyjnemu są poddawani chorzy w okresie wczesnym, nie czekając, aż ich siły opadną w takim stopniu, że leczenie za pomocą torakoplastyki stanie się niebezpieczne. Otwiera to pomyślne horoskopy na przyszłość dla sprawy chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. Co prawda chorzy, z którymi osobiście mam do czynienia, wyjątkowo tylko w tak dobrym stanie idą na operację, czym tłumaczę wciąż jeszcze znaczną śmiertelność pooperacyjną w moim materiale. Różnice zdań chirurgów i internistów, gdy chodzi o kwalifikowanie chorych do leczenia operacyjnego — o czym wspominał prelegent — zatrą się prawdopodobnie w miarę dalszej współpracy przedstawicieli lecznictwa zachowawczego i operacyjnego.

Z tych względów utworzona została ostatnio przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. *„Poradnia Chirurgiczna dla Chorych Piersiowych"*, gdzie współpracują chirurg i internista. Przedstawione przypadki świadczą poza tym dobitnie, że w wielu razach za pomocą jednoczasowego zabiegu niesposób opanować jamy w płucu, co pociąga za sobą konieczność operacyj uzupełniających, niekiedy nawet — jak w przypadkach prelegenta — wielokrotnych. Ilość i rozległość tych zabiegów musi być indywidualnie traktowana u każdego chorego z tym wszakże wyraźnym celem, że jama powinna ulec całkowitej likwidacji. Nasuwa się tu analogia do złamań, nastawienie których wymaga niekiedy kilkakrotnych poprawek. Co się tyczy strony technicznej operacji torakoplastyki, uważam za godny polecenia dostęp do przednich odcinków 3 górnych żeber i ich chrząstek z cięcia wzdłuż górnego brzegu II żebra; ranę po tej operacji można zeszyć szczelnie. Ranę po torakoplastyce tylnej uważam za właściwe sączkować za pomocą dość szerokiej rurki gumowej.

Dr Sokołowski: W leczeniu za pomocą torakoplastyki istotną sprawą jest nie tylko bezgorączkowy przebieg pooperacyjny i szybkie gojenie rany, lecz całkowite zapadnięcie jamy w płucu. Wykonywanie zabiegów mało radykalnych, wymagających szeregu poprawek, uważa za postępowanie niewłaściwe. Nie zgadza się więc z porównywaniem leczenia jam w płucach do leczenia złamań, gdzie robi się nieraz kilkakrotnie poprawki. Aby zabieg był skuteczny, konieczna jest radykalizacja torakoplastyki przede wszystkim w kierunku kręgosłupa (wycięcie wyrostków poprzecznych) oraz całkowite usunięcie górnych żeber. W niektórych z przedstawionych przypadków obecność jam mimo zabiegów operacyjnych tłumaczy się brakiem radykalizacji. Przy rozkładaniu plastyki na dwa etapy, uważa za lepsze wykonywanie najpierw etapu przedniego, po którym gojenie trwa krótko, wobec czego w krótszym stosunkowo czasie można wykonać rozległą torakoplastykę tylną. Zgadza się ze stanowiskiem *Ostrowskiego*, który uważa za pożądane wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach sanatoryjnych.

Dr Piasecki: Rozpoczynanie zabiegu operacyjnego od etapu tylnego uważa za lepsze, dlatego że czasem sam etap tylny może wystarczyć do opanowania jamy w płucu. Gojenie rany po operacji od tyłu trwa równie krótko, jak rany po operacji przedniej.

Dr J. Kołodziejski:

PRZYPADEK OSTREJ NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO PO USZKODZENIU ŻOŁĄDKA ZGŁĘBNIKIEM.

(Przypadek *dra Rekwarta*, zostanie ogłoszony w całości w „Chirurgu Polskim").

Dr H. Ciszkiewicz:

PRZYPADEK URAZOWY CZY ZATRUCIE?

(Str. własne)

Do Instytutu Chirurgii Urazowej przywieziono z jednej z podwarszawskich miejscowości 6-cioletniego chłopca w ciężkim stanie, a ojciec opowiedział, że przed kilku godzinami spadła mu na głowę pokrywa kotła do bielizny, z dość znacznej wysokości. Po tym urazie chłopak bawił się jeszcze czas jakiś, a potem przyszedł do domu „jak pijany", upadł na łóżko i dostał silnych drgawek.

Mały pacjent nieprzytomny, nie reaguje zupełnie na zapytania i wzywania, rzuca się w oczy wybitne podniecenie ruchowe, cechujące się szybkimi i bezładnymi ruchami kończynami górnymi i głową. Na owłosionej skórze głowy, tuż ponad czołem, niemal ściśle w linii środkowej widać drobne stłuczenie skóry, raczej o charakterze otarcia naskórka; obmacywanie tej okolicy nie wykazuje miejscowego obrzęku ani zniekształcenia kości (co potwierdziło badanie rentgenowskie — brak uszkodzenia kośćca czaszki). Na twarzy zaznaczona sinica, źrenice b. szerokie, nie reagują na światło, spojrzenie błędne. Tętno szybkie, około 120/min.

Wobec ciężkiego stanu chłopca przyjęto go w stan chorych celem obserwacji, z podejrzeniem na wylew krwawy śródczaszkowy, a umiejscowienie uszkodzenia mogło nasuwać myśl o krwotoku z zatoki strzałkowej. Zastanawiający był jednak brak objawów uciskowych (szybkie tętno) oraz brak uszkodzenia kostnego wyczuwalnego przez skórę lub dostrzegalnego na rtg.

Na oddziale w ciągu kilku godzin stan chłopca nie uległ żadnym zmianom. Dopiero wtedy sie-

dzącemu przy chorym ojcu chłopca przyszło na myśl zapytać lekarza dyżurnego, czy nie mogło dziecku zaszkodzić spożycie jakiegoś owoca, którego opis („zielony, okrągły, kolczasty jak kasztan, wypełniony w środku ziarenkami podobnymi do maku, ale większymi) wystarczył do określenia jego nazwy: bieluń kędzierzawa *(Datura stramonium)*.

Roślina ta, miejscami pospolita, rośnie po wsiach w rowach i pod płotami, kwitnie biało w postaci sporych kielichów, a jesienią owocuje. Zawiera ona alkaloidy — atropinę i hyoscyaminę.

Oczywiście obraz kliniczny chorego zgadzał się zupełnie z obrazem zatrucia tymi alkaloidami. Jakkolwiek upłynęło już około 8 godz. od chwili spożycia trucizny, zastosowano energiczny ratunek: podano doustnie węgiel drzewny w postaci wodnej zawiesiny, co spowodowało obfite wymioty — wobec tego odstąpiono od zamierzonego płukania żołądka; również olej rycynowy podany dwukrotnie chory zwrócił. Po uspokojeniu się wymiotów chory dostał gorzką sól oraz co ½ godziny dostawał znowu węgiel na zmianę z 2% roztworem taniny. Podskórnie wstrzyknięto ponadto ½ ampułki (0,005) morfiny. Stan chorego dość szybko uległ poprawie, noc spędził śpiąc spokojnie, a rano został zabrany przez rodziców do domu wobec ustąpienia objawów chorobowych.

Wobec przypadkowego współistnienia błahego zresztą, jak się okazało, urazu głowy i groźnego zatrucia bieluniem, o którym początkowo wywiady nic nie mówiły, uraz został wyolbrzymiony do rozmiarów jedynej przyczyny ciężkiego, ale zupełnie nie typowego obrazu krwotoku śródczaszkowego, a zatrucie — zostało na razie pominięte.

Gdyby nie dodatkowe uzupełnienie wywiadów przez ojca — zatrucie prawdopodobnie nie zostałoby rozpoznane i możliwe, że chłopak nie ratowany przyczynowo zginąłby lub długo walczył z zatruciem. Współistnienie dwóch lub kilku cierpień wikła zawsze obraz chorobowy, a przede wszystkim utrudnia diagnozę.

Dyskusja:

Dr Szenicer przytacza przypadek, dotyczący chorego ze schorzeniem naczyń kończyn dolnych. Chory ten, lekarz, od szeregu lat wstrzykiwał sobie duże dawki morfiny ze skopolaminą z powodu silnych bólów. Choremu podano 0,15 novarsenobenzolu dożylnie. W kilkanaście godzin później stwierdzono, że chory jest nieprzytomny, ma szerokie, nie reagujące na światło źrenice, suchy język, przyspieszone tętno. W pierwszej chwili pomyślano o możliwości wylewu krwawego do mózgu w związku ze wstrzyknięciem novarsenobenzolu. W miarę jednak dalszej obserwacji (ruchy „poszukujące" palców u rąk) nasunęła się ewentualność zatrucia skopolaminą; okazało się, że chory wskutek omyłki wstrzyknął sobie tego dnia dziesięciokrotną dawkę skopolaminy. Chory został uratowany.

Dr T. Sokołowski:

a) DWA PRZYPADKI PLASTYKI WIĄZADŁA WŁAŚCIWEGO RZEPKI.
b) PRZYPADEK PLASTYKI WIĄZADŁA POBOCZNEGO KOLANA.

(Str. własne)

Przyp. 1. dotyczy chorego, który po upadku na kamień doznał zranienia okolicy wiązadła właściwego rzepki z przecięciem wiązadła. Ponieważ przerwanie wiązadła nie zostało rozpoznane, a chory został przysłany do Instytutu dopiero po 3 dniach z ziarninującą powierzchnią rany, musieliśmy odłożyć zabieg aż do jej zagojenia. Pomimo, że starano się zapobiec przykurczeniu m. czworogłowego przez ściąganie rzepki przylepcem, okazało się podczas operacji wykonanej w 3 tygodnie po wypadku, że zeszycie kikutów ścięgna przerwanego w środku przebiegu jest niewykonalne. Wobec tego wykonano plastykę wiązadła z powięzi szerokiej uda pobranej z osobnego cięcia.

Wynik po 2 latach (pokaz chorego) wykazuje całkowitą sprawność kończyny.

W przyp. 2. mieliśmy do czynienia ze złamaniem rzepki z rozejściem się odłamków. Zeszyto powięź, ale za długo trzymano gips w ustawieniu wyprostnym stawu kolanowego. Po upływie pół roku chora potknęła się i upadła na schodach, nadmiernie obciążając częściowo sztywne kolano. Nastąpiło ponownie pęknięcie rzepki i rozejście się w miejscu dawnego złamania. Powtórna operacja (zeszycie powięzi). Obecnie ponownie upadek i rozejście się odłamków. Wobec tego *usunięto rzepkę* i w miejsce dużego ubytku ścięgna wszczepiono na przestrzeni 5 cm podwójnie złożony płat powięzi szerokiej uda, pobrany z osobnego cięcia na udzie.

Po operacji trzymano gipsową szynę przez 4 tygodnie, po czym przeszliśmy do gimnastyki i

ruchów czynnych. Chora doskonale chodzi bez podparcia, ruchy w stawie kolanowym dochodzą do kąta prostego. Rokowanie w tym przypadku jest, jak sądzę, dobre.

Przyp. 3. — operacja wytwórcza przerwanego wiązadła pobocznego przyśrodkowego (w 2 tygodnie po wypadku). Materiał pobrano z tego samego cięcia z powięzi szerokiej uda. Gips trzymano 8 tygodni, potem zdejmowany tutor na dalsze 2 tygodnie.

Obecnie (pokaz chorego) chód doskonały, kolano mocne, ruchów bocznych nie ma.

Przedstawione przypadki dowodzą, że plastyka wielkich wiązadeł stawu kolanowego daje doskonałe wyniki. Przypadek usunięcia rzepki nasuwa myśl, że za pomocą usunięcia rzepki i plastycznego wydłużenia wiązadła można pokusić się o zwalaczenie sztywności stawu kolanowego w przypadkach przykurczeń m. czworogłowego, nie poddających się ani leczeniu fizykalnemu, ani redresji.

Przed posiedzeniem zwiedzono oddział gruźlicy chirurgicznej; oprowadzał ordynator oddziału *dr M. J. Piasecki.*

Sekretarz: *Dr S. Tokarski.* Prezes Tow. Chir. Warsz. *Doc. J. Mossakowski*

KRONIKA

PORADNIA CHIRURGICZNA DLA CHORYCH PIERSIOWYCH
przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.

Z początkiem bieżącego roku akademickiego otwarta została przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P. (Elektoralna 12) *Poradnia Chirurgiczna dla Chorych Piersiowych.* Poradnia ta jest przeznaczona dla chorych ze wszelkimi cierpieniami narządów klatki piersiowej wymagającymi leczenia chirurgicznego, jak to: gruźlica płuc, ropnie płuc, rozszerzenie oskrzeli, ropne zapalenie opłucnej, guzy płuc i śródpiersia, choroby przełyku, niektóre choroby serca i osierdzia itp. Poradnia ma za zadanie: 1) rozpoznawanie cierpień narządów klatki piersiowej, wymagających leczenia chirurgicznego, 2) kwalifikowanie chorych do właściwych zabiegów operacyjnych, 3) wykonywanie na miejscu wszelkich zabiegów rozpoznawczych (np. nakłucia badawcze płuca i opłucnej, bronchografia) oraz leczniczych (np. wyrwanie nerwu przeponowego), które mogą być wykonywane u chorych przychodzących. Poradnia jest pierwszą tego rodzaju placówką leczniczą w kraju.

Kierownikiem Poradni jest *doc. dr Wl. Ostrowski.* Poradnia czynna będzie na razie we wtorki i soboty od 11 — 12.

SPROSTOWANIE

W N-rze 8 na str. 318, 1. wiersz od góry omyłkowo podano za prasą codzienną imię *prof. dr Grucy* „Jan", zamiast „Adam".

O D A D M I N I S T R A C J I.

UPRZEJMIE ZAWIADAMIAMY NINIEJSZYM SZANOWNYCH KOLEGÓW PRENUMERATORÓW, IŻ DO BIEŻĄCEGO ZESZYTU (NR. 9-TY) „CHIRURGA POLSKIEGO" DOŁĄCZAMY BLANKIETY NADAWCZE P. K. O. Z PROŚBĄ O POKRYCIE PRENUMERATY ZA III i IV KW.

DLA TYCH SZANOWNYCH KOLEGÓW, KTÓRYM WPŁACANIE DO P. K. O. OKAŻE SIĘ NIEDOGODNE, ROZEŚLEMY W LISTOPADZIE ZLECENIA INKASOWE DO URZĘDU POCZTOWEGO Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O UISZCZENIE PRENUMERATY ZA III I IV KW. „CHIRURGA POLSKIEGO" NA RĘCE DORĘCZYCIELI.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr 10

PAZDZIERNIK 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, PAŹDZIERNIK 1938 r. Nr 10

Z Sanatorium Wojskowego w Otwocku.

NOWE DROGI ZAPADOWEGO LECZENIA GRUŹLICY PŁUC

podał
Mjr Dr Michał Telatycki
Komendant Sanatorium.

Po okresie tuberkulino- i auroterapii, otoku olejowego, wyrywania n. przeponowego i plomby, obecnie ośrodkiem zainteresowania lekarzy całego świata, wyznających zasadę czynnego leczenia gruźlicy płuc, jest t o r a k o p l a s t y k a w różnych odmianach.

Czy to zainteresowanie można sobie tłumaczyć przejściową modą? Oczywiście, nie! Bowiem blisko półwiekowe doświadczenie stosowania odmy sztucznej wykazało, że ze wszystkich znanych metod jedynie leczenie zapadowe daje wyniki stosunkowo najszybsze i najtrwalsze. Zupełnie słuszne okazało się twierdzenie, że era właściwego leczenia gruźlicy płuc zaczęła się od *Forlaniniego*. Czemuż więc nie leczymy wszystkich przypadków gruźlicy odmą, a szukamy jeszcze innych metod?

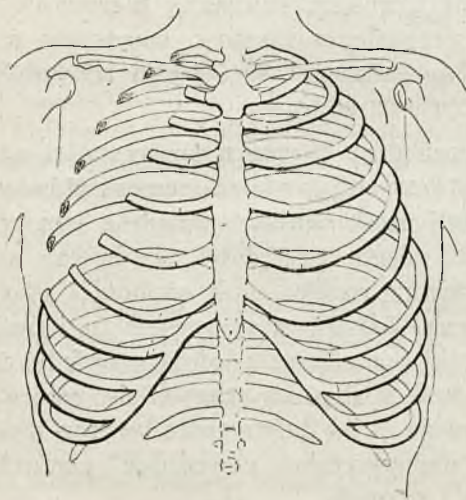
Odpowiedź jest jasna nawet dla laików: na naszym materiale Sanat. Wojsk. w Otwocku od chwili jego powstania w połowie 1935 r. do końca 1937 r. na 721 osób ogółu wszystkich chorych znaleziono wskazania dla leczenia odmą u 160 osób (22%). Przy tym wskazania były stawiane liberalnie, o czym świadczy fakt, że obustronność zmian nie była traktowana jako przeszkoda, skoro w 20 przypadkach założono odmę obustronną. Z pośród tego materiału 160 osób, 42 osobom (26%) nie udało się założyć odmy z powodu zarośnięcia szczeliny opłucnowej. U 69 odma okazała się nieskuteczna, przeciwwybiórcza, tak że odmę leczniczą, skuteczną pierwotnie lub po przepaleniu zrostów, osiągnięto u 48 osób, co stanowi 30% ogółu zakwalifikowanych do odmy.

Dochodząc przyczyn skuteczności odmy niektórzy autorowie za moment główny uważali ucisk ognisk, względnie jam płucnych. Temu poglądowi zawdzięcza swój niedawny rozgłos otok *olejowy i plomba płucna*. Jednak otrzymywane tu i ówdzie wyniki pomyślne nie zdołają zmienić faktu, że w większości przypadków zabiegi te zawodzą, a na dalszą metę bywają niekiedy niebezpieczne, powodując perforację jam i przetoki.

Inni widzą główny powód skuteczności odmy w odprężeniu chorej tkanki płucnej. Ta myśl zachęciła *prof. Monaldiego* do opracowania i zaproponowania t. zw. *„torakoplastyki elastycznej przednio - bocznej”*.

Oto, w skrócie jego przesłanki: Rozciąganie płuca pod wpływem ruchów oddechowych nie jest jednokierunkowe. Tkanka płucna jest napinana w 4 kierunkach głównych: 1. w kierunku pionowym ku górze za pośrednictwem mięśni mających przyczepy na kręgosłupie i pierwszych dwóch

żebrach, 2. w kierunku pionowym ku dołowi pod wpływem obniżania się przepony, oraz 3. i 4. w kierunku poprzecznym i przedniotylnym pod wpływem ruchów żeber. Największa amplituda wypadkowej ruchu żebrowego odpowiada linii skośnej przebiegającej od linii przymostkowej w pierwszym międzyżebrzu do punktu środkowego między linią pachową środkową a tylną w 7. międzyżebrzu. Całkowite wycięcie 1. żebra i wyrwanie n. przeponowego powinno niweczyć rozciąganie płuca w kierunkach pionowych, zaś wycięcie malejących odcinków żeber od 2. do 7., przeprowadzone tak by wspomniana linia maksymalnej amplitudy przebiegała przez środek



Rys. 1. Torakoplastyka przednioboczna modo Monaldi (wg Secretana).

tych odcinków, winno dać odprężenie płuca i w tym przednio-bocznym kierunku (rys. 1). Porażona przepona będzie dawać objaw *Kienboecka,* unosząc się podczas wdechu ku górze, zamiast opadać. Podobnie pozbawiona wycinków żebrowych część przednioboczna ściany piersiowej będzie się zapadać podczas wdechu, zamiast wysklepiać się, jak w normie. Wycinanie żeber łącznie z okostną i pędzlowanie kikutów żeber 10% formaliną dla zapobieżenia odradzaniu się kostniny utrawala ten stan częściowego przekształcenia niepodatnej ściany piersiowej na błonę elastyczną. Twórca metody sądził, że usunięcie ruchów dominujących w 4 kierunkach zredukuje traumatyzm oddechowy w stopniu wystarczającym do wygojenia się unieruchomionych ognisk. Sam zabieg jest wykonywany dwuczasowo. Pierwsze tempo polega na wyrwaniu n. przeponowego i plastyce przedniej — wycięciu części I, II i III żebra z przodu. Drugie tempo to plastyka boczna — wycięcie części IV, V, VI i VII żebra z boku.

Mimo entuzjazmu wynalazców metody i ich uczniów z Instytutu Forlaniniego w Rzymie, zabieg nie jest rozwiązaniem zagadnienia. Daje czasem b. dobre wyniki, lecz jedynie w wypadkach przyściennego przednio-bocznego umiejscowienia jam. Wydaje się, że jedynym poza tym wskazaniem do torakoplastyki przednio-bocznej pozostaną ropniaki opłucnej przy niewygojonych ogniskach płucnych (1.).

Z wykonanych w naszym zakładzie przez *T. Sokołowskiego* 17 plastyk, trzy pierwsze były wykonane sposobem Monaldiego (2 mężczyzn i 1 kobieta). Dziś, po upływie ok. półtora roku wszystkie te 3 przypadki żyją, stan ogólny uległ znacznej poprawie jamy szczytowe znacznie się zmniejszyły, lecz przecież jednak zieją, co nie przemawia na korzyść metody [1]).

Tym mniej skuteczne jest odprężenie tkanki płucnej po *porażeniu przepony,* jako zabiegu samodzielnym w leczeniu jam górnego odcinka płuc, czemu już dałem wyraz w pracach poprzednich.

Z pośród naszego materiału poddano zabiegowi *wyrwania n. przeponowego*

[1]) Co do dalszych losów tych 3 przypadków należy zaznaczyć, że w 1. przyp. nastąpiła bilateralizacja, przyp. 2. po dwóch latach zgłosił się do torakoplastyki uzupełniającej, w przyp. 3. dokonano również zabiegu radykalnego z dobrym wynikiem.

(WNP) 32 osoby i alkoholizacji n. przep. 3 osoby. Zniknięcie jamy szczytowej stwierdzono zaledwie w 3 przypadkach (2 — po WNP. i 1 — po alkoh. N.P.). Natomiast w 29 przypadkach zabieg okazał się albo przejściowo skuteczny (w 18 przyp. — odprątkowanie przy nadal istniejącej jamie) albo nie wywarł żadnego wpływu na przebieg choroby (utrzymywanie się prątkowania i jamy w 11 przypadkach). Pozostałe 3 przypadki o umiejscowieniu jam przy podstawie płuca dały wynik pomyślny. W 3 przypadkach, gdzie zawiodło WNP, później wykonano plastykę z wynikiem bardzo dobrym.

Czuję się przeto uprawnionym do kategorycznego stwierdzenia, że zabieg WNP jest usprawiedliwiony wyłącznie w zastosowaniu do ognisk i jam dolnego i środkowego pola płucnego, co jest zrozumiałe, jeśli się weźmie pod uwagę rozkład napięć w płucu.

W. Graf, Holst, Brunner, Bernou, Fruchaud, Adelberger i inni poszli w kierunku szukania zapadu od góry, bez konieczności wprowadzania ciała obcego.

Najczęściej dochodzą głosy, wymagające całkowitego usuwania pierwszych 2 a nawet 3 żeber — zależnie od wielkości i umiejscowienia jamy i ponadto wycinania przykręgosłupowo malejących odcinków żeber dalszych, do 5-go, 8-go, 10-go lub 11-go, w myśl zasady: jeden tylny łuk żebrowy więcej, niż to odpowiada rzutowi dna jamy w płucu. Wymaga się przy tym, by odcinki żeber były wycinane możliwie jak najbliżej kręgosłupa, tuż przy wyrostkach poprzecznych, lub nawet łącznie z nimi; niektórzy posuwają się aż do żądania wycinania pierwszych żeber łącznie z chrząstkami i częścią mostka.

Ostatnie postulaty mają na widoku zredukowanie do najmniejszych granic t. zw. „obszaru martwego" (niem: „Totenwinckel", franc: „espace morte"), to jest obszaru rozpiętego przy śródpiersiu między pozostałymi kikutami żebrowymi, gdzie już nie sięga wpływ odprężenia, a w który może umknąć częściowo uruchomione przez plastykę czynne ognisko lub jama płucna.

Z naszego materiału 12 plastyk wykonanych tą techniką przez *T. Sokołowskiego* osiągnęliśmy 8 wyników bardzo dobrych (zniknięcie jamy i odprątkowanie), 2 średnie, (zniknięcie jamy bez odprątkowania na skutek czynnych ognisk drugostronnych) 1 bez zmian i 1 niedostateczny (przetrwanie ziejącej jamy, przetrwanie prątkowania) [2]).

Statystyki różnych autorów są bardzo rozbieżne co do wyników. Należy jednak stwierdzić, że przy tej technice niepowodzeń bywa więcej, niż to pierwotnie przypuszczano, przy tym należy zauważyć, że wielu autorów zalicza do wyników pomyślnych i takie przypadki, gdzie osiągnięto znaczną poprawę stanu ogólnego, mimo że resztki jamy są jeszcze widoczne, lub uległa ona szczelinowatemu zwężeniu, co oczywiście nie podpada pod nasze kryterium wygojenia jamy.

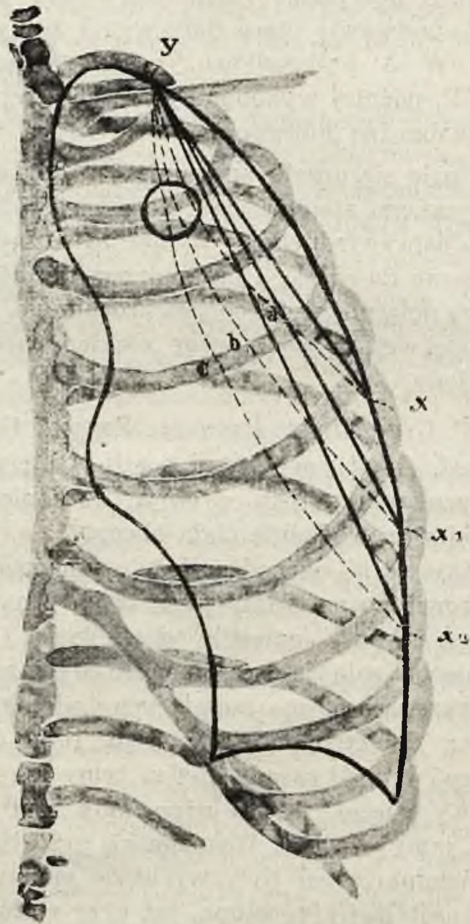
Snop światła na przyczyny niepowodzeń rzuca podana niedawno praca *Cardisa*. *Cardis* podkreśla, że dawny sprawdzian wycinania o jeden tylny łuk żebrowy więcej niż to wskazuje dno jamy płucnej, jest bardzo nieścisły i nie liczy się z architekturą klatki piersiowej. Wystarcza to przeważnie tylko wówczas, gdy jama leży bocznie, na obwodzie pola płucnego. Na podstawie własnych szczegółowych badań zdjęć klatki piersiowej przed i po plastyce wyliczył, że zasięg zapadu jest ściśle zależny od dość stałych punktów i pozwala się z góry przewidzieć. Mianowicie oznacza się na

---

[2]) Ostatnio otrzymałem wiadomość, że w przypadku zaliczonym pierwotnie do niedostatecznych nastąpiło zamknięcie się jamy i odprątkowanie, tak iż należy go zaliczyć epikrytycznie pod względem wyników do „dobrych".

kalkowym odrysie zdjęcia badanego płuca dwa punkty, z których dolny jest stały i odpowiada punktowi styku obwodu pola płucnego z górną krawędzią pierwszego z łuków żebrowych nie przeznaczonych do resekcji, a punkt górny, zmienny, zależny od techniki wycinania pierwszego żebra, odpowiada zewnętrznemu końcowi przykręgosłupowego kikuta 1-go żebra. Przy technice prawidłowej punkt ten będzie się znajdował nad pierwszym stawem żebrowo-poprzecznowyrostkowym.

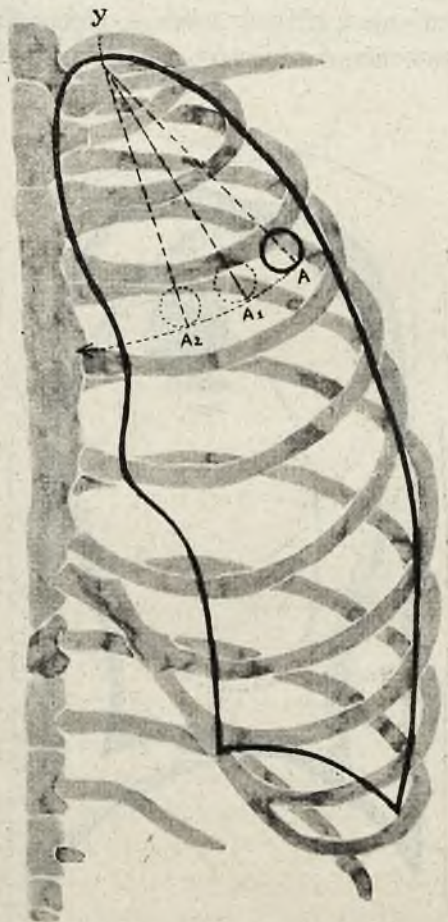
Otóż jeżeli oba te punkty połączyć linią prostą, obrysować kontur zewnętrzno-górnego odcinka pola płucnego oddzielonego tą linią i załamać odrys rysunku płucnego wzdłuż niej tak, by wspomniany odcinek zewnętrzny ułożył się na pozostałym polu płucnym, to niezasłonięta część pola płucnego będzie dokładnie odtwarzać kształt klatki piersiowej i płuca po zabiegu. Innymi słowy, łukowata granica zapadu po zabiegu bywa dokładnym wklęsłym odbiciem wypukłej łukowatej granicy płuca przed zabiegiem, przy czym linia podziału odpowiada linii łączącej dwa wspomniane wyżej punkty stałe (rys. 2). Schemat wyraźnie pokazuje, że wielkość zapadu jest funkcją ilości wyciętych żeber. Jednak zasięg zapadu — twierdzi *Cardis* — nie jest gwarancją zapadnięcia się jamy, nawet położonej obwodowo. Należy się bowiem liczyć ze zjawiskiem „wędrówki jamy". Mianowicie przy podatnym śródpiersiu i sztywnych ścianach jamy, płuco po plastyce nie tyle zapada się, co raczej przemieszcza w stronę zdrową. Z szematu (rys. 3) można też z góry odgadnąć tor ewentualnej wędrówki jamy. Biegnie on w kierunku śródpiersia po odcinku koła, którego środkiem jest punkt stały górny (kikut przykręgosłupowy 1-go żebra), zaś promieniem — odległość najniższego punktu dna jamy od tego górnego punktu stałego. A zatem nie wystarcza ucisk płuca, który tu nawet nie jest wcale potrzebny, ani jego rozległe odprężenie. Szanse wygojenia jamy stwarza jedynie zabieg, który umożliwia jej ścianom koncentryczne, swobodne ze wszystkich stron, nieograniczone obkurczanie się. Światło jamy musi mieć możność zwężenia się aż do zamknięcia, podobnie jak koncentryczna przesłona obiektywu fotograficznego. Taki właśnie jest mechanizm działania odmy sztucznej.



Rys. 2. Zamierza się ucisnąć plastyką jamę, której dno sięga dolnej krawędzi tylnego łuku V żebra. O ile planuje się resekcję 5-ciu górnych żeber, przy czym I żebro będzie ucięte z dala od kręgosłupa w punkcie „y" (drugi punkt stały), to za pierwszy punkt stały należy przyjąć „x", jako miejsce styku płuca z VI łukiem żebrowym (jest to kolejne pierwsze z żeber nie objętych resekcją). Linia zapadu pójdzie po cięciwie „x a y". Przy resekcji 6 żeber linię zapadu odzwierciadla cięciwa „x b y" itd. Widać, że nawet rozległa resekcja nie spowoduje zapadu jamy. (Objaśnienie wg Cardisa).

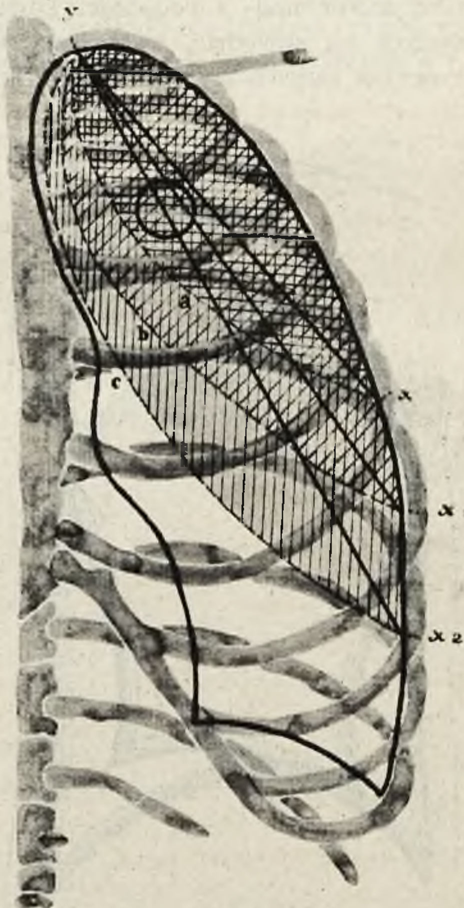
H. Joly podnosi, że podobne możliwości w odniesieniu do jam szczytowych stwa-

rza nawet ograniczona resekcja, pod warunkiem by zasiąg zabiegu był jaknajbardziej tylny, to znaczy by obejmował szyjki żeber łącznie z wyrostkami poprzecznymi kręgów. Na podstawie osobistych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że twory więzadłowe podtrzymujące sklepie-



Rys. 3. Objaw „wędrówki jamy" przy wiotkim śródpiersiu (wg Cardisa). Jama o sztywnych ścianach po dokonanej plastyce nie pozostaje na miejscu i nie poddaje się wpływowi zapadu, a przesuwa się ku linii środkowej ciała po łuku koła, którego środkiem jest punkt „y" (miejsce ucięcia I żebra), zaś promieniem — odległość „yA" od punktu „y" do dna jamy „A". Jama, zależnie od rozległości resekcji w dół, zajmuje położenie „A_1" lub „A_2".

nie opłucnej nie stanowią poważniejszej przeszkody przy zapadzie, natomiast najważniejszymi są przyczepy opłucnej ściennej do szyjek żeber. Największą przeszkodą jest przyczep najwyższego punktu sklepienia opłucnej do szyjki drugiego żebra. Natomiast łuk tylnowewnętrzny i szyjka 1-go żebra znajdują się już w pewnej odległości od sklepienia i bezpośrednio nie przeszkadzają jego zapadowi. Pośrednio jednak ucięcie tego łuku z dala od kręgosłupa bywa powodem utrzymywania podwieszonych na nim części miękkich ściany piersiowej w pewnym oddaleniu od śród-

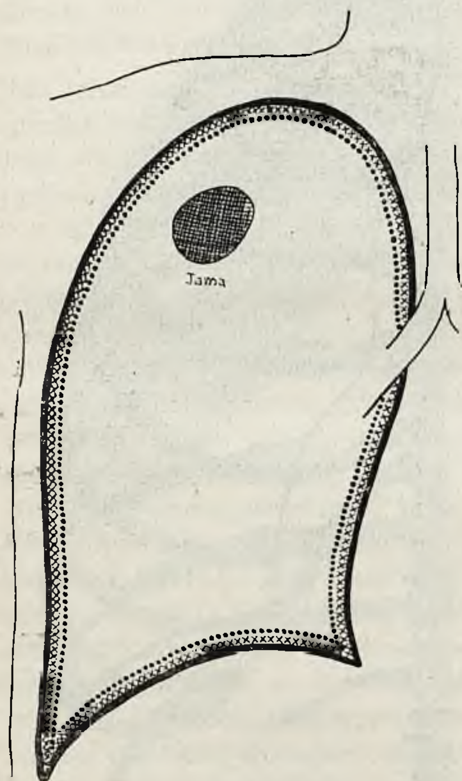


Rys. 4. Punkt odcięcia I żebra („y") leży przykręgosłupowo. Odpowiednio do resekcji 5, 6 czy 7 żeber linia zapadu biegnie po cięciwie „xay", „$x_1$by" lub $x_2$cy". Nawet przy resekcji 5-ciożebrowej jama znajdzie się w obszarze zapadu. Jednak przy wiotkim śródpiersiu, wobec zjawiska „wędrówki jam", pożyteczne byłoby wykonanie resekcji bardziej rozległej w dół. (Objaśnienie wg Cardisa).

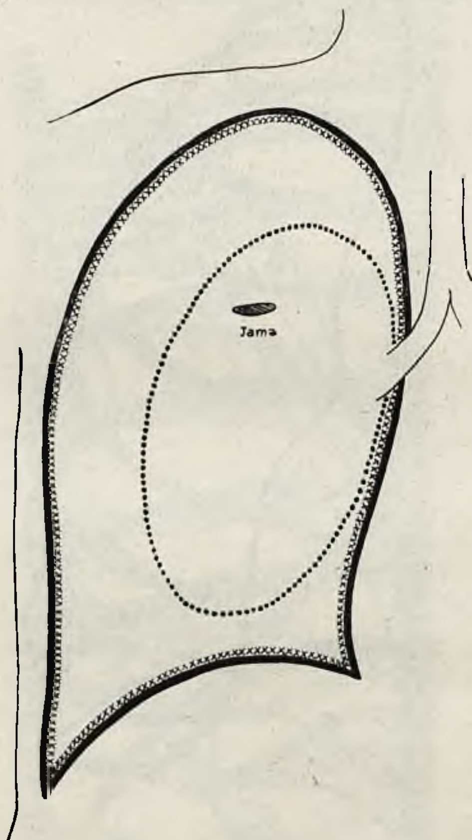
piersia, co przeciwdziała obkurczaniu się płuca. Wycięcie szyjki żebra łącznie z wyrostkiem poprzecznym kręgu w pewnej mierze umożliwia odczepienie się opłucnej szczytowej od powierzchni bocznej trzonów kręgowych.

Zalety przykręgosłupowego wycinania żeber (rys. 4) są następujące: tam, gdzie

umiejscowienie i wielkość ognisk wymaga torakoplastyki wielożebrowej — redukuje się do minimum przestrzeń martwa; w torakoplastykach częściowych górnych stwarza się warunki do równomiernego koncentrycznego obkurczenia się jam śródszczytowych. *Joly* uważa, że dla wyleczenia małych rozpadów nad- i podobojczykowych położonych na obwodzie, wystarcza zwykła resekcja samych wyrostków poprzecznych z szyjkami żeber w obrębie szczytu. Przy umiejscowieniu wewnętrznym i środkowo-tylnym jest wymagana resekcja pierwszych żeber łącznie z wyrostkami poprzecznymi.



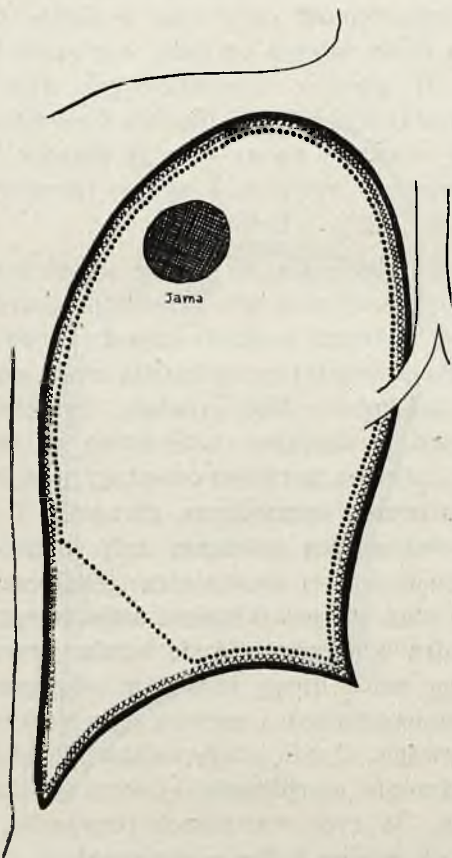
Rys. 5. Układ schematyczny wewnętrznego „wytapetowania" klatki piersiowej. Listki opłucnej trzewnej, ściennej i powięź wewnątrzpiersiowa przylegają do siebie. Linia czarna pełna — powięź wewnątrzpiersiowa (fascia endothoracica), linia krzyżykowa — opłucna ścienna, linia kropkowana — opłucna trzewna.



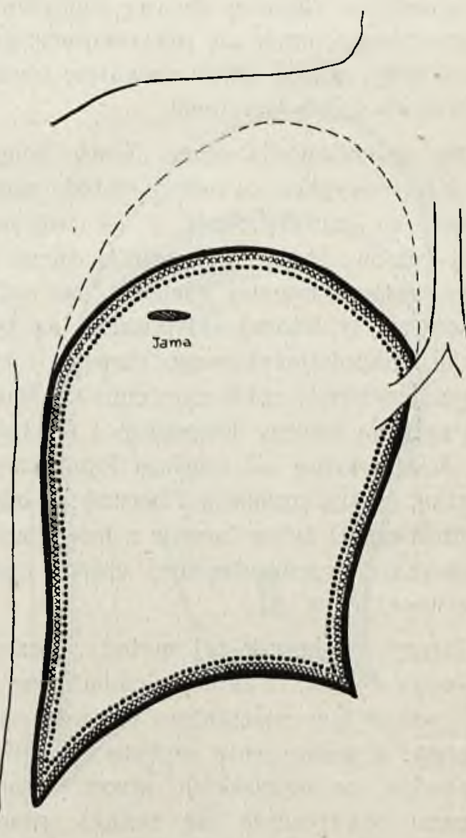
Rys. 6. Układ listków w zwykłej odmie sztucznej wewnątrzopłucnowej. Opłucna ścienna przylega do powięzi wewnątrzpiersiowej, opłucna trzewna wraz z płucem jest odsunięta od ściany przez komorę powietrzną odmy.

Uprzedzając zarzuty, *Joly* stwierdza, że zabiegi wykonywane w tak bezpośrednim sąsiedztwie kręgosłupa mogłyby wzniecać obawę urażenia łańcucha współczulnego oraz późnego skrzywienia kręgosłupa. Jednak na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że po częściowych górnych resekcjach bardzo rzadko zdarza się znaczniejsze skrzywienie, zaś przy prawidłowej technice wyjmowania szyjek żebrowych łącznie z wyrostkami poprzecznymi, z pozostawieniem główek żeber w głębi, nigdy nie zauważono objawów ze strony układu współczulnego. Należy pamiętać, że najniebezpieczniejszym momentem jest oddzielanie raspatorem włókien więzadła gwiaździstego od główki i szyjki żebrowej. Gwoli zadośćuczynieniu wymogom ostrożności *Joly* postępuje w następujący sposób: 1. Na ostro uwalnia od otoczenia staw żebrowo-poprzecznowyrostkowy i zewnętrzną powierzchnię wyrostka poprzeczne-

go. 2. Palcem lub raspatorem odłuszcza powierzchnię głęboką szyjki żebra od tkanki komórkowej nadopłucnowej — wówczas uwolnione płuco samo się obkurcza i dzięki temu unika niebezpieczeństwa skaleczenia go przy dalszych chwytach; w ten sposób osiąga dostęp do główki żebra. 3. Po wyosobnieniu wyrostka poprzecznego łącznie z szyjką żebrową od wewnątrz i od zeszczypcami Maurera do wyrostków poprzecznych, zakładając przyrząd w bezpośrednim sąsiedztwie bocznej powierzchni trzonu kręgowego i równolegle do niej, sprawdzając palcem pozycję ostrza, które nie powinno zaczepiać obkurczonej powierzchni opłucnej ściennej. Główkę żebrową, która nigdy nie stanowi przeszkody do zapadu, pozostawia się nienaruszoną w głę-



Rys. 7. Odma „przeciwwybiórcza" śródopłucnowa. Mała trójkątna komora powietrzna w dole płuca oddziela od siebie oba listki opłucnej. Wszędzie poza tym listki są zrośnięte.



Rys. 8. Odma zewnątrzopłucnowa zewnątrzpowięziowa. Od sklepienia klatki piersiowej aż do wnęki są odłuszczone wszystkie 3 warstwy: powięź wewnątrzpiersiowa i oba zlepione listki opłucnowe. (Zabieg Semba).

wnątrz pozostaje uwolnić ich krawędź dolną i górną przez przecięcie na ostro licznych tworów ścięgnistych przyczepiających się do nich; wtedy już blok kostny utworzony przez szyjkę żebra łącznie z wyrostkiem poprzecznym staje się zupełnie wyzwolony ze wszystkich stron. 4. Nie oddzielając od siebie szyjki i wyrostka należy wyciąć je en bloc kostotomem lub

bi. W tych warunkach — twierdzi *Joly* — unika się z pewnością urażenia łańcucha współczulnego.

Jednak *Semb* z Oslo nie dowierza wszelkim plastykom górnym, wykonywanym bez równoczesnej apikolizy, uważając za główną przeszkodę zapadu płuca system tworów więzadłowych podtrzymujących

sklepienie opłucnej. Bowiem badania tomograficzne wykazały, że po każdej plastyce pozostaje przy śródpiersiu taśma płucna, sięgająca w górę aż do tylnego łuku 1. żebra. Tym się tłumaczy — zdaniem autora — większość niepowodzeń. Aparat podwieszający sklepienie opłucnej w zwykłych stosunkach anatomicznych przedstawia się w postaci zwykłych luźnych pasm komórkowych. Jeżeli jednak poprzednio był wciągnięty w zapalną sprawę peripleurytu gruźliczego, staje się przerośnięty, gruby, twardy, mocno spaja zrośnięte blaszki opłucnowe z kręgosłupem.

Dla uruchomienia płuca *Semb* kolejno przecina wszystkie te taśmy. Wtedy szczyt zapada się na głębokość 3 4 poprzecznych palców, stając się niejako dnem komory pozaopłucnowej (ścisłej „zewnątrzopłucnowej"), której sklepieniem są twory dołu nadobojczykowego (tętnice i żyły podobojczykowe, splot ramienny), ścianę wewnętrzną tworzy kręgosłup i śródpiersie, ścianę tylną — mięśnie łopatkowe z łopatką, ścianę przednią i boczną — odpowiednie części żeber łącznie z mięśniami i powłokami przedniobocznej części klatki piersiowej (rys. 8).

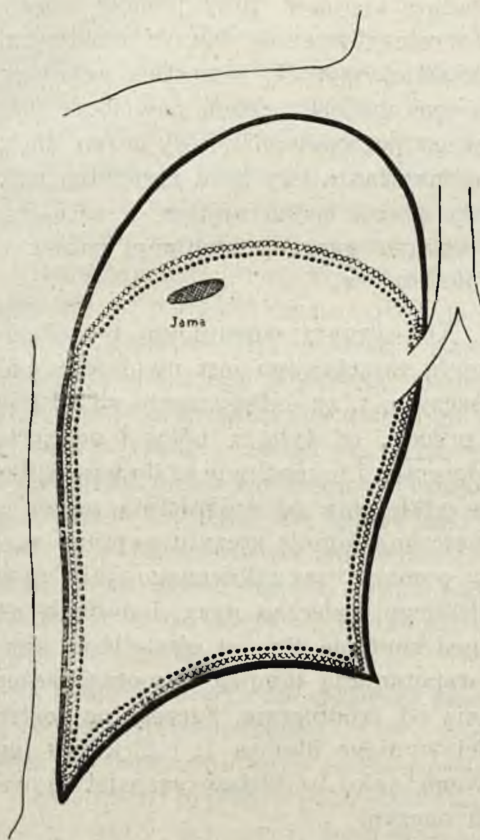
Gorący zwolennik tej metody, Francuz *M. Iselin* uważa, że zabieg *Semba* czyni zadość wszystkim postulatom leczenia zapadowego: uruchomienie szczytu umożliwia swobodne, ze wszystkich stron, koncentryczne obkurczenie się tkanki płucnej przylegającej do ogniska rozpadowego. Ten stan jest trwały, gdyż obcięta u kikutów żebrowych okostna odradza się bardzo powoli, a po zregenerowaniu się utrwala płuco w korzystnym zapadzie, przeciwdziałając rozprostowaniu się. Wielką zaletą jest również fakt osiągania dobrego wyniku kosztem najmniejszej resekcji żeber. Statystyki podobnie gorących stronników, tej metody, *Nelsona* i *Robertsa* w Anglii, oraz amerykanina *Overholta* wykazują, że śmiertelność po torakoplastyce z apikolizą nie przekracza śmiertelności po torakoplastyce zwykłej, natomiast osiąga się 75% wyników pomyślnych. Przy tym należy zaznaczyć, że w 23 przypadkach na 105 ogółu operowanych, wielkość jamy leczonej tym zabiegiem przekraczała rozmiary jajka. Większość operowanych była w wieku 20 — 40 lat, choć w 10 przypadkach granice wieku wahały się między 40 — 54 r. życia. Śmiertelność całkowita wynosiła 7% i była ściśle zależna od ilości wyciętych żeber. 77 plastyk 6-ciożebrowych dało 2 przypadki śmierci, 355 plastyk 8-miożebrowych — cztery zgony i na 21 plastyk 11-tożebrowych również 4 zgony (procentowo: 3%, 12% i 19%).

Iselin stwierdza, że zabieg odłuszczania zewnątrzpowięziowego, przeważnie bardzo łatwy, nastręcza niekiedy poważne trudności. Po przebytej peripleuritis może powstać tak mocny blok zrostów, że niedoświadczony operator może łatwo się zgubić. „Jedynym punktem orientacyjnym bywa wówczas oszczędzona chrząstka 1. żebra, wskazująca położenie żyły podobojczykowej, której najmniejsze skaleczenie może stać się powikłaniem śmiertelnym". Doradza więc posuwać się bardzo powoli, torując sobie drogę żmudnym odpreparowywaniem naczyń i nerwów dołu nadobojczykowego. Wynik zależy całkowicie od doświadczenia, cierpliwości i dobrej woli chirurga. W tych warunkach przypadki, w których zabieg byłby niewykonalny, prawie się nie zdarzają.

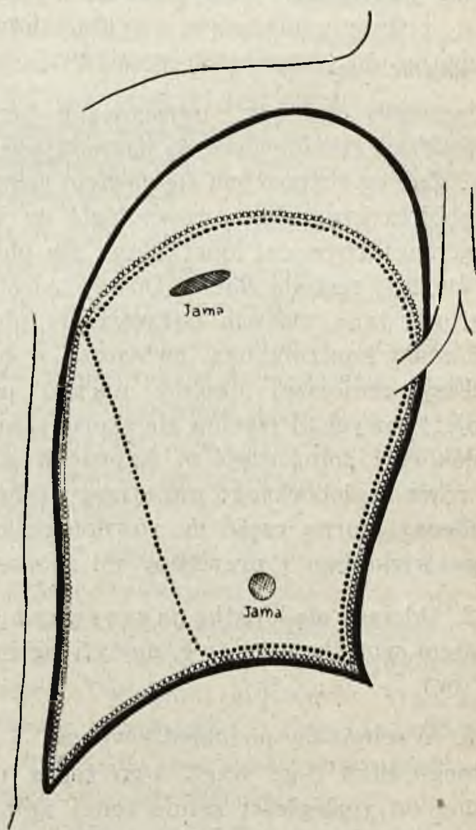
Zdaniem *Iselina* operować należy dwuczasowo. W ciągu pierwszego seansu całkowicie wycina się 1. i 2. żebra oraz przecina wszystkie taśmy podtrzymujące kopułę opłucnej. Drogę dojścia obiera się albo od przodu poprzez obojczyk, albo przez kombinację pachowo - nadobojczykową, mniej traumatyzującą. W ciągu seansu drugiego wycina się przykręgosłupowo

4 — 6 następnych łuków tylnych i odłuszcza zewnątrzpowięziowo powierzchnię tylną i wewnętrzną płuca. Okolica najtrudniejsza dla odłuszczenia znajduje się na poziomie boku 1. kręgu piersiowego.

Jeżeli jednak chodzi o osiągnięcie na płucu wyniku najbardziej zbliżonego do odmy sztucznej, wyżej wspomniane sposoby zdają się ustępować metodzie młodej, rozpowszechniającej się za granicą od 1936 r. znanej pod nazwą „odmy zewnątrzopłucnowej podpowięziowej" (rys. 9). Ta metoplombą powietrzną, zawdzięcza swój rozda, którą można by ściślej określić jako apikolizę podpowięziową uzupełnianą



Rys. 9. Odma zewnątrzopłucnowa podpowięziowa. (W. Schmidt i Adelberger). Powięź wewnątrzpiersiowa przylega do ściany klatki piersiowej. Odłuszczone są jedynie oba zrośnięte listki opłucnowe.



Rys. 10. Skojarzenie górnej odmy zewnątrzopłucnowej podpowięziowej z dolną odmą śródopłucnową.

głos pracom *W. Grafa* z Drezna, a szczególnie *W. Schmidta* i *Adelbergera* z Heidelbergu.

Ścisłość historyczna wymaga stwierdzenia, że po raz pierwszy podobne odłuszczenie szczytu z założeniem plomby powietrznej w komorze odłuszczenia było wykonane jeszcze w 1891 r. przez *Tuffiera*, który w 1895 r. w referacie na posiedzeniu Paryskiego T-wa Chirurgicznego obalił pogląd o szczególnym niebezpieczeństwie odmy chirurgicznej drogą przyściennego odłuszczenia opłucnej. Niestety, nie umiał podtrzymać odmy wykonanej tym sposobem. W wyniku, po rozessaniu się powietrza płuco rozprężało się, doprowadzając do sta-

tus quo. By temu zapobiec *Tuffier* usiłował wypełnić komorę odłuszczenia tkanką tłuszczową własno- i obcopochodną, a *Geverden* i *Jessen* nawet balonikiem gumowym — lecz bez pożądanego skutku, gdyż komora w końcu ulegała zakażeniu wtórnemu.

Jest przeto wielką zasługą *W. Grafa, W. Schmidta* i *Adelbergera* udowodnienie, że odma zewnątrzopłucnowa podpowięziowa da się podtrzymać uzupełnieniami powietrza, podobnie jak odma zwykła, doprowadzając do pomyślnych wyników.

Szczegóły metody, opracowane przez *Schmidta* i *Adelbergera* są następujące:

1. Zabieg rozpoczyna się cięciem tylnym w pobliżu kręgosłupa, równolegle do wewnętrznej krawędzi łopatki, jak dla plomby zwykłej metodą *Baera*. Dostęp tylny lepiej niż inne ułatwia odłuszczenie płuca pod stałą kontrolą oka, zwłaszcza w najniebezpieczniejszej okolicy naczyń podobojczykowych. Przecina się skórę, tkankę podskórną, dolną część m. kapturowego, i m. równoległobocznego mniejszego (rhomboideus), górną część m. równoległobocznego większego i przyczepy m. zębatego.

2. Odciąga się łopatkę na zewnątrz t. zw. hakiem szufelkowym (wg. modyfikacji autorów).

3. Wycina się podokostnowo ok. 6 cm tylnego łuku 3-go wzgl. 4-go żebra (zależnie od rozległości zamierzonej apikolizy), bez oddzielania przyczepu m. zębatego tylnego górnego, który później zostaje wciągnięty do szwu.

4. Wycina się odpowiedni nerw międzyżebrowy, co ułatwia późniejsze odszukanie dostępu do właściwej warstwy podpowięziowej, przyśrodkowo od rowka międzyżebrowego (sulcus intercostalis). Niekiedy jest pożądana również resekcja naczyń tegoż międzyżebrza.

5. Po rozsunięciu dwoma szczypczykami mięśni międzyżebrowych w okolicy przyśrodkowego gniazda nerwu międzyżebrowego albo tuż nad rowkiem międzyżebrowym, trafia się od razu do przestrzeni podpowięziowej, której dno stanowi wyraźnie połyskująca opłucna.

6. Z tego właśnie miejsca należy palcem rozpocząć odłuszczanie. Po odsunięciu powięzi przyśrodkowo i na zewnątrz należy dokładnie obejrzeć, przy pomocy specjalnej wysterylizowanej lampki elektrycznej na giętkiej szypule, wszystkie zakamarki pola operacyjnego celem powzięcia planu dalszego postępowania. Gdy teren dalszego odłuszczania leży poza zasięgiem palca, należy pomóc sobie ujętym w kleszczyki wałeczkiem gazy, przepojonej rozczynem fizjologicznym.

7. Koniecznym warunkiem powodzenia leczenia zapadowego jest uwolnienie całego szczytu, t. zn. odłuszczenie go od góry, od przodu, od tyłu, z boku i od strony śródpiersia, i to możliwie aż do wnęki. Podczas odklejania od śródpiersia poleca się odłuszczoną kopułę szczytu napinać w dół przy pomocy uszypułowanego jak wyżej, zwilżonego wałeczka gazy, i dopiero wtedy pod kontrolą oka i w oświetleniu komory wspomnianą lampką rozpocząć odłuszczanie od śródpiersia. Szczególnej ostrożności wymaga okolica 1. i 2. kręgu piersiowego, jako najbliższe sąsiedztwo wielkich naczyń.

8. W ciągu trwania zabiegu należy pokrywać odłuszczoną powierzchnię płatkami gazy przepojonej ciepłym rozczynem fizjologicznym dla zapobieżenia wysuszeniu i ochłodzeniu tkanek oraz celem zatamowania drobnych krwawień i ułatwienia wykrztuszenia plwociny z obkurczającej się partii płuca.

9. Należy wykonać odłuszczenie w nieco większym zakresie, niż to odpowiada po-

ziomowi dolnego bieguna ognisk rozpadowych [1]).

10. Po ukończeniu odłuszczania należy wszystkie poprzednio rozwarte tkanki zeszyć warstwowo szczelnym szwem dla uniknięcia rozedmy podskórnej, *bez pozostawienia drenu,* na co autorowie kładą szczególny nacisk, gdyż to, zgodnie z ich osobistym doświadczeniem, wybitnie zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia komory odłuszczenia.

11. Gwoli ostrożności należy odłuszczanie wykonywać bardzo wolno. Może się zdarzyć, że natrafi się podczas odłuszczania na poważne ograniczone zlepy opłucnej ściennej ze ścianą kl. piersiowej. W tych razach należy wykonywać odłuszczanie okrężnie dookoła zlepu, uszypułowując go coraz bardziej. Przeważnie tą drogą osiąga się po pewnym czasie odklejenie się opłucnej. Jeżeli po doprowadzeniu zlepu do rozmiarów cienkiego powrózka stwierdzi się, iż zawiera on naczynie, należy go podwiązać i ostrożnie przeciąć jak najbardziej przyściennie. Jeżeli zaś zlepu nie udaje się uszupułować i odlepić, nie należy tego forsować, a po uzupełnieniu znieczulenia wykonać t. zw. tylne tempo torakoplastyki częściowej, które po 10 — 14 dniach uzupełnia się tempem przednim.

12. Jeżeli zamierza się stworzyć komorę odmy zewnątrzopłucnowej nad płucem, które już poprzednio było od dołu uciśnięte pęcherzem przeciwwybiórczej nieskutecznej odmy sztucznej śródopłucnowej, należy ją w przeddzień zabiegu chirurgicznego możliwie całkowicie ewakuować, by rozprostować płat dolny i zredukować do minimum niebezpieczeństwo perforacji opłucnej ściennej podczas zabiegu. Zresztą taka perforacja przypadkowa, stwarzająca komunikację między dolną komorą odmy śródopłucnowej a komorą górną odmy zewnątrzopłucnowej — jak to stwierdza *Schmidt* — jest sprawą przeważnie bez znaczenia.

Zarówno autorowie niemieccy jak i francuscy zgodnie podkreślają, że uraźność samego zabiegu w porównaniu z uraźnością torakoplastyki jest wybitnie mała, tak dalece, że pacjenta od razu po zabiegu i nałożeniu opatrunku można poddać zdjęciu rentgenowskiemu. Reakcja gorączkowa jest również niewielka i krótkotrwała. W dzień zabiegu lub dopiero nazajutrz wieczorem stwierdza się podskok do 38° — 40°, i po dalszych 6 — 7 dniach gorączka wygasa. Wieczorem w dzień zabiegu niekiedy zachodzi konieczność podania co najwyżej lekkich narkotyków celem zmniejszenia bólu, a raczej celem ułatwienia i pogłębienia oddychania.

Na 72 przypadki operowane tą techniką przez *Adelbergera* i *Schmidta* zaprotokółowano tylko 3 przypadki śmierci, w pozostałych — przebieg pooperacyjny bez powikłań. Podobnie autorowie francuscy *(Maurer, Hautefeuille* i *Dreyfus-le Foyer)* na 20 przypadków stosowania odmy podpowięziowej zewnątrzopłucnowej nie mieli ani jednego zakażenia ani innego powikłania.

Nazajutrz po zabiegu badaniem rentgenowskim wykrywa się w komorze odłuszczenia płyn, odpowiadający pooperacyjnemu wysiękowi surowiczo-krwawemu. Niekiedy cała komora jest nim wypełniona. Jeżeli jego obecność wywołuje objawy uciskowe, utrudnia odpluwanie i tp., należy go niezwłocznie usunąć przez nakłucie. W przeciwnym razie, pod codzienną kontrolą

[1]) Francuzi *A. Maurer, E. Hautefeuille* i *Dreyfus-le-Foyer* (Mémoires de l'Acadamie de Chirurgie T. 63, Nr. 21 z 1937) wymagają takiego zapadu, by narządy podstawy szyi, w szczególności tętnica podobojczykowa, były wyraźnie widoczne. W tym celu doprowadzają odłuszczanie w dół — od przodu do 3. łuku żebrowego, od tyłu — do 7. żebra, wykonywując je z otworu po przecięciu tylnej ściany pochewki resekowanego 4. tylnego łuku żebrowego.

rentgenowską lepiej jest przeczekać 2 — 3 dni, gdy pierwotne skrzepy, utrudniające wypuszczenie wysięku ulegną upłynnieniu drogą autolizy. Miejsce wkłucia należy wybierać pod kontrolą rentgenowską w połowie odległości dna komory od górnej swobodnej powierzchni płynu wysiękowego. Wkłuwać igłę należy w międzyżebrzach górnych tylnych, chyba że mamy niezbitą pewność, że płyn zebrał się wyłącznie w kieszeni przedniej, lub tylna rana pooperacyjna jest podrażniona.

Wówczas wkłuwa się igłę od przodu, w 1. — 2. międzyżebrzu, zachowując zwykłe ostrożności. Zazwyczaj wystarcza 1 — 3 ewakuacyj, po czym płyn już więcej się nie zbiera. Po każdym wypuszczeniu płynu należy dopełnić komorę odłuszczenia powietrzem z aparatu do odmy sztucznej. Również później, po zniknięciu wysięku należy tę odmę systematycznie podtrzymywać, podobnie jak odmę zwykłą, z tą różnicą, że po wkłuciu igły do komory zawsze przy wydechu stwierdza się tu ciśnienie dodatnie; powietrza wprowadza się 50—75—100 cm^3, unikając dużych nadciśnień, które mogą wywołać objawy ucisku i utrudnienia w oddechaniu, a odstępy między poszczególnymi dopełnieniami w 3. — 4. tygodniu podtrzymywania odmy mogą być rzadsze niż w odmie zwykłej, gdyż powietrze w komorze pozaopłucnowej wsysa się wolniej, niż odma śródopłucnowa. (Autorzy francuscy podają, że niekiedy już po wpuszczeniu 75 cm^3 powietrza ciśnienie wzrasta z początkowego 0 — 7 do końcowego + 20 +22). Specjalnej uwagi wymaga okres pierwszych 24 — 48 godzin po zabiegu. W wypadku bowiem gdy sformuje się niewielki wysięk lub nie powstanie w ogóle, zapadnięty szczyt płuca może się rozprostować całkowicie i, jeżeli temu nie zapobiec przez wprowadzenie do komory powietrza, może się zdarzyć, że po 2 dobach płuco jest ponownie przyklejone do sklepienia klatki piersiowej i cały wysiłek zabiegu idzie na marne.

W s k a z a n i a d o z a b i e g u. Przyjmuje się za zasadę, że główne wskazanie stanowią przypadki z górnym umiejscowieniem jam, w których odmy zwykłej nie daje się założyć, lub założona jest nieskuteczna z powodu zrostów nie nadających się do przepalenia, lub działa przeciwwybiorczo, uciskając tkankę zdrowego płatu, a nie wpływając na schorzały płat górny, zwłaszcza o ile jamy są stosunkowo świeże i nie posiadają zgrubiałej nieelastycznej tkanki, a są ze wszystkich stron otoczone wystarczającą warstwą zdrowego miąższu, zdolnego od obkurczenia się. Słowem: przypadki nie poddające się leczeniu odmą zwykłą, w których charakter zmian pozwala uważać torakoplastykę — zabieg dalej idący — za przedwczesny.

Poza tym przy rozważaniu wskazań wchodzą w rachubę jeszcze następujące momenty szczegółowe:

a) Wielkość i umiejscowienie ognisk: Zasadniczo jamy nadające się do zabiegu nie powinny przekraczać wielkości jabłka, a co do umiejscowienia — ich dolny biegun nie powinien przekraczać w dół 5. tylnego łuku żebrowego.

b) Wiek ognisk: zabieg ma największe widoki powodzenia w odniesieniu do jam stosunkowo świeżych, podczas gdy jamy stare, drążące zbity blok stwardnienia, nie nadają się do zabiegu.

c) Charakter rozwojowy ognisk: jamy w toku ekstensywnego rozwoju dają mniejsze szanse niepowodzeń przy zastosowaniu odmy zewnątrzopłucnowej niż przy plastyce.

d) Stan dolnego płatu tejże strony i płuca strony przeciwnej: jeżeli w tych okolicach istnieją zmiany słabo podgojone, stanowią one przeciwwskazanie do torakoplastyki częściowej górnej, która jako zabieg bardziej szokujący może wywołać wznowę

czynności tych ognisk. Odma zewnątrzopłucnowa przedstawia pod tym względem o wiele mniejsze niebezpieczeństwo, tym bardziej, że daje się kojarzyć z równoczesnym podtrzymywaniem skutecznej odmy dolnej śródopłucnowej (rys. 10, str. 649) lub z założeniem odmy drugostronnej.

e) Stan ogólny chorego: jeśli pacjent mający wszelkie wskazania do plastyki górnej jest zbyt słaby, w stopniu nasuwającym wątpliwości co do możliwości wytrzymania przezeń cięższego i wieloczasowego urazu jaki jest związany z plastyką, wówczas zastosowanie odmy zewnątrzopłucnowej, o ile nie doprowadzi do wyleczenia, pomoże do osiągnięcia takiej poprawy stanu ogólnego, że późniejsze wykonanie plastyki będzie całkowicie możliwe. Oczywiście, tym większe są widoki na powodzenie zabiegu, im w bardziej sprzyjających choremu warunkach będzie wykonany. Zwłaszcza przypadki ostatnio wspomniane wymagają wykonania operacji w warunkach sanatoryjnych.

Wreszcie ostatnim ze świeżo opublikowanych, a zasługujących na wzmiankę zabiegów jest t. zw. *odma zewnątrzopłucnowa niechirurgiczna* („pneumothorax extrapleural médical" francuskich autorów), wprowadzona przez *Rotta* z Turynu. Wskazania do zabiegu stanowią niezbyt stare jamy podkorowe i położone bardziej centralnie w przypadkach gdzie nie daje się założyć odmy. Zabieg polega na wprowadzeniu po górnej krawędzi żebra ostrza igły odmowej o tępym ścięciu do przestrzeni podpowięziowej zewnątrzopłucnowej, przepuszczeniu przez igłę ze strzykawki pewnej ilości płynu pod ciśnieniem celem oddalenia opłucnej ściennej od powięzi wewnątrzopłucnowej, i następowym wprowadzeniu powietrza z aparatu odmowego. Początkowo do tak powstałej komory doprowadza się powietrze codziennie, celem uzyskania stopniowo coraz większego odłuszczenia. Po osiągnięciu optimum, dopełnienia dokonywują się rzadziej, tak jak przy odmie zwykłej.

Słowem, drogą niechirurgiczną uzyskuje się stopniowe odłuszczenie w tej samej warstwie, w której stwarzają komorę odmową nadszczytową *Schmidt, Adelberger* i inni drogą krwawą.

Teoretycznie możliwość stworzenia tym sposobem odwarstwienia płuca od ściany klatki piersiowej jest zupełnie uzasadniona. Wszak wiadomo, że liczne wiązki łącznotkankowe, odchodzące od otoczenia tchawicy i wyrostków poprzecznych 4., 5., 6. i 7. kręgów szyjnych i rozstrzelające się stożkowato po odejściu do kopuły opłucnej, zatracają swój ciągły charakter po przejściu bardziej w dół poza granicę łuku 1. żebra. Wchodząc pomiędzy powięź wewnątrzpiersiową a opłucnę ścienną przekształcają się w pajęczynowatą, wiotką siateczkę rozpiętą między obu błonami — o ile można nazwać błoną powięź wewnątrzpiersiową. W ten sposób istnieje niejako wrodzona szczelina podpowięziowa, otaczająca opłucnę ścienną z zewnątrz. Cała trudność polega na tym, by ostrzem igły trafić właśnie do tej szczeliny.

P. Lefèvre i *Ch. Gau* podają technikę następującą:

a. Dla zabiegu należy wybrać miejsce w międzyżebrzu oddalonym od jamy w płucu, dla uniknięcia jej przebicia. Poza tym międzyżebrze jest obojętne. Najwłaściwsze miejsca wkłucia leżą w międzyżebrzach na linii pachowej środkowej, lub tylnogórnych.

b. W obranym międzyżebrzu, po górnej krawędzi dolnego żebra, jak przy zakładaniu odmy zwykłej, wprowadzić tępo ściętą cienką igłę Küssa aż do styku z krawędzią tegoż żebra, po czym przekraczając ją przez zagłębianie igły o dalsze 2 — 4 mm

(zależnie od budowy chorego), wstrzykuje się równocześnie przez nią 10 cm³ 1% roztworu nowokainy pod dość dużym ciśnieniem. W ten sposób osiąga się pierwotne odepchnięcie opłucnej ściennej od ściany klatki piersiowj, przez stworzenie sztucznej torbieli zewnątrzopłucnowej. Następnie nie ruszając igły przepuszcza się przez nią dłuższy od niej mandryn o tępym końcu, który w pewnym momencie natrafia na sprężysty opór odpowiadający opłucnej ściennej i tym samym orientuje, jak daleko opłucna została odsunięta od ściany. Wówczas wstrzykuje się do tej samej przestrzeni 50 cm³ soli fizjologicznej, również pod dużym ciśnieniem. Duży opór przy wstrzykiwaniu i skargi chorego na bolesne uczucie rozpierania potwierdzają, że się jest we właściwej warstwie. Po wstrzyknięciu soli fizjologicznej wprowadza się ponownie mandryn. O ile się stwierdzi, że opłucna została jeszcze bardziej odepchnięta, następuje moment do wprowadzenia powietrza do komory odłuszczenia. Wpuszcza się go z aparatu odmowego również pod pewnym ciśnieniem, jednak w ilości, która daje ciśnienie końcowe na manometrze wodnym nie przekraczające +30.

Jeżeli stworzona w ten sposób komora odmowa ulega zarastaniu, należy ją zastąpić zewnątrzopłucnowym otokiem olejowym (parafina płynna gomenolowana).

Mimo że ten sposób z czasem doprowadza do rozległego odłuszczenia, nie udaje się nigdy odłuszczyć górnego bieguna szczytu, powierzchni śródpiersiowej i przy przeponie. Wobec tego metoda ma bardzo ograniczony zakres działania, jakkolwiek niekiedy może oddawać duże usługi. Ponieważ jest jeszcze bardzo młoda, zatem i o jej wynikach oddalonych trudno mówić. Dopiero czas pokaże, czy zasługuje ona na rozpowszechnienie. W każdym razie wydaje się, że próby z tym zabiegiem mogą dokonywać tylko bardzo doświadczone ręce, gdyż metoda nie jest pozbawiona dużych niebezpieczeństw, i na razie ustępuje metodom bardziej poznanym, jak torakoplastyka.

PIŚMIENNICTWO.

1) *J. P. Secrétan.* Schweiz. Med. Wchschr. 39 1937, 2) *M. Telatycki.* Chirurg Polski II/5 1937 (odbitka), 3) *idem.* Lekarz Wojskowy T. XXX Nr. 3 1937 (odbitka), 4) *Hautefeuille.* Rev. de la Tbc. 2/36, 5) *F. Cardis.* Rev. de la Tbc. 1/37 str. 64—71, 6) *H. Joly.* Rev. de la Tbc. 1/37 str. 38—48, 7) *M. Iselin.* Rev. de la Tbc. 6/37 str. 702—705, 8) *L. Adelberger.* Beitr. Kl. Tbk. T. 88. z. 8. str. 715—730, 9) *W. Schmidt,* ibidem. str. 689—715, 10) *A. Maurer, E. Hautefeuille i Dreyfus-le-Foyer.* Memoires le l'Academie de Chirurgie. T. 63 Nr 21 1937, 11) *P. Lefèvre* i *Ch. Gau.* Rev. de la Tbc. 9/37 str. 1072—1080.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Sanatorium Wojskowego w Otwocku.
Kmdt. Mjr. Dr M. Telatycki.

TECHNIKA TORAKOPLASTYKI NADSZCZYTOWEJ.

podał

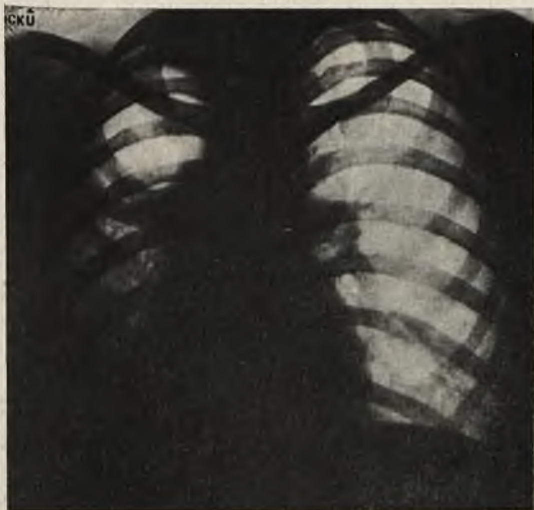
Płk Dr Tadeusz Sokołowski

I. CZĘŚĆ OGÓLNA.

Metoda operacyjna:

Idealnym leczeniem zapadowym jam gruźliczych płuc jest sztuczna odma piersiowa, która, prowadząc do zmiany ciśnienia wewnątrz jamy opłucnej, powoduje koncentryczne obkurczenie się płuca.

Niestety, odma piersiowa, jak wiemy, nie zawsze jest wykonalna z powodu zrostów ściennych, względnie efekt jej może być zniweczony przez zrosty taśmowe, które nie pozwalają na obkurczenie się części płuca, zawierającej jamę (odma przeciwwybiórcza). W tych razach w leczeniu zapadowym jam gruźliczych płuc wchodzi w grę uzyskanie zapadu drogą takiego wymodelowania klatki piersiowej, aby płuco, zawierające jamę, uległo zapadowi (rtg. I i II). Takie wymodelowanie uzyskać możemy, rozumie się, jedynie drogą operacyjną przez usunięcie odcinków żeber, nie należy jednak utożsamiać torakoplastyki z wycięciem pewnej ilości żeber, ponieważ i po usunięciu żeber trwać mogą nadal warunki, które nie pozwolą na obkurczenie się jamy gruźliczej. Mamy tu analogię do nieskutecznej — przeciwwybiórczej odmy piersiowej, która działa nie na te części płuca, które należy doprowadzić do zapadu.



Rtg. I. Widać wielką jamę wypełniającą cały górny płat płuca prawego oraz zagęszczenie dolnej partii płuca.

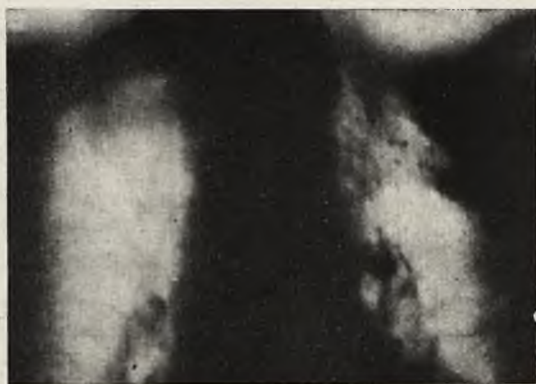


Rtg. II. Ten sam przyp. po wykonaniu całkowitej torakoplastyki. Nastąpił zupełny zapad płuca, jama znikła, chora przestała prątkować. Widać skostniałe regeneraty żeber wyciętych podokostnowo. Przyp. własny.

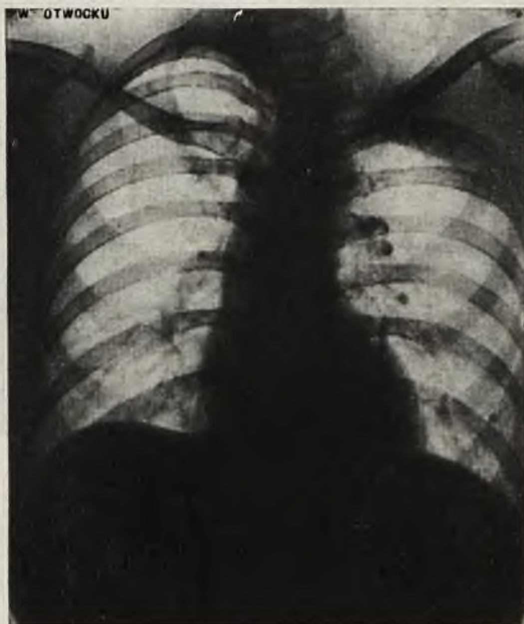
Z pośród różnych typów torakoplastyki przedstawiam technikę torakoplastyki nadszczytowej opracowanej przez nas *(Sokołowski - Telatycki)* i stosowanej w opisanej postaci od 2 lat w Sanatorium Wojskowym w Otwocku. Podstawą jej jest takie wymodelowanie klatki piersiowej, które prowadzi do zapadu szczytu, lub zależnie od rozległości zabiegu, całego górnego płata płuca. Konieczne jest do tego usunięcie w całości żeber pierwszego i drugiego, a często również i trzeciego oraz częściowe wycięcie od tyłu dalszych żeber do V lub VII włącznie. Niezbędne w tej metodzie jest również usunięcie wyrostków poprzecznych kręgów II, III i IV en bloc wraz z przylegającymi tylnymi odcinkami żeber. W ten sposób stwarzamy warunki zapadu tylko górnego płata płuca, a w konsekwencji obkurczenia się i zarośnięcia jamy gruźliczej szczytu płuca. Modelujemy zatem tylko górną część klatki piersiowej, pozostawiając nietkniętą dolną wraz ze zdrowymi odcinkami płuca (rtg. III, IV i V). Kliniczne przesłanki metody znajdzie czytelnik w pracy *Telatyckiego* „Nowe kierunki techniki zapadowego leczenia gruźlicy płuc" (Gruźlica, z. 2/38) oraz w artykule tegoż autora w bież. zeszycie Chirurga Polskiego.



Rtg. III. Na tomogramie widać niedużą jamę usadowioną w szczycie płuca lewego.



Rtg. IV. Ten sam przyp. Tomogram (w tej samej warstwie) po wykonaniu torakoplastyki nadszczytowej. Jama znikła. Chora przestała prątkować.



Rtg. V. Ten sam przyp. Zdjęcie zwykłe po wykonaniu torakoplastyki nadszczytowej. Całkowity zapad szczytu płuca lewego, dolne partie płuca lewego powietrzne o rysunku prawidłowym. W tym przypadku (mała, wysoko usadowiona jama) usunięto całkowicie żebra I i II oraz tylne łuki żeber III, IV i V. Przyp. wałsny.

Taktyka operacyjna:

Nie tylko rozległość zabiegu zmusza nas do rozplanowania operacji na dwa tempa — przednie i tylne; wchodzi tu w grę przede wszystkim konieczność usunięcia I, II i III żebra w całości. Niektórzy chirurdzy w dążeniu do jednoczasowego operowania usiłują usunąć całkowicie górne żebra z cięcia tylnego. Pomijając rozległość zabiegu, bo należy przecież wówczas operować z bardzo dużego cięcia, odchylić łopatkę i utworzyć dostęp aż do mostka, podkreślić trzeba, że częstokroć, szczególnie u osób dobrze zbudowanych i o silnym umięśnieniu, wycięcie całkowite górnych żeber jest w tych warunkach niewykonalne. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli przygotujemy akt tylny, przecinając przed tym z cięcia przedniego górne żebra u ich przyczepów mostkowych, lub lepiej jeszcze, wycinając z przodu niewielkie nawet odcinki tych żeber: odpadają wtedy wszelkie trudności podczas aktu tylnego wówczas bowiem po przecięciu żebra w jego odcinku przykręgowym mamy żebro uruchomione z obu końców; możemy go teraz poprostu wyciągnąć z łuski, jaką stanowi okostna, pracując w wąskim tunelu zakrzywioną skrobaczką.

Moglibyśmy oba tempa połączyć w jedno, nie byłoby to jednak z pewnością połączone z korzyścią dla chorego. Taki zabieg stanowiłby zbyt wielki uraz, pamiętajmy — dla chorego płucnego. Zrozumiałe więc jest, że wykonywamy operację dwuczasowo, zastanowić się należy jedynie, w jakim odstępie robić jedno tempo po drugim i które wykonać wpierw?

Oczywiście, najkorzystniej jest skrócić odstęp pomiędzy zabiegami do minimum ze względu na odnowę wyciętych odcinków żeber z pozostałej okostnej. W razie dłuższego odstępu pomiędzy jednym a drugim tempem nie mielibyśmy dobrego zapadu, ponieważ w międzyczasie operowany odcinek klatki piersiowej uległby ponownie zesztywnieniu; pożądane wymodelowanie, i dobry zapad dadzą w sumie obie plastyki — przednia i tylna tylko przy małym odstępie.

Praktycznie biorąc, kierujemy się ogólnym stanem chorego i stanem rany po pierwszym zabiegu; w przypadkach gdzie chorzy znieśli zabieg dobrze i rana uległa szybko zagojeniu operujemy drugi raz po upływie 2 tygodni. Staramy się naogół nie przekraczać terminu 3 tygodniowego, ponieważ po tym czasie rozpoczyna się już kostnienie regeneratów żeber.

Druga sprawa to pytanie, czy rozpocząć od tempa przedniego, czy tylnego. Rozpoczynamy od przedniego przede wszystkim ze względu zasadniczego: uważamy tempo przednie za operację przygotowawczą — przygotowanie żeber, podlegających całkowitemu wycięciu, do zasadniczej operacji tylnej. Uruchamiamy żebra z przodu, wycinamy z tyłu. Przy tym stanowisku operacja przednia kształtuje się jako mniej rozległa, rozległość jej możemy nawet od przypadku do przypadku dowolnie kształtować. Cięcie operacyjne przy tempie przednim jest połączone z mniejszym urazem, a powikłań, które mogłyby opóźnić wykonanie następnego tempa spotykamy znacznie mniej niż po operacji tylnej. Podniesiony przez niektórych argument, że jeśli się zaczyna od operacji tylnej, to można niekiedy uzyskać wystarczający wynik, tak iż drugie tempo staje się zbędne jest obosieczny, bo jeżeli wynik będzie z kolei niedostateczny, to w takim razie przednie tempo będzie zrobione po niewczasie.

Ogólne warunki operacji:

Zagadnienie przygotowania do operacji chorego z jamą gruźliczą płuca nie należy

właściwie do tematu techniki operacyjnej, nie mogę jednak pominąć całkowicie kwestii, czy operujemy chorego gruźliczego w warunkach zwykłego szpitala, czy w warunkach sanatoryjnych.

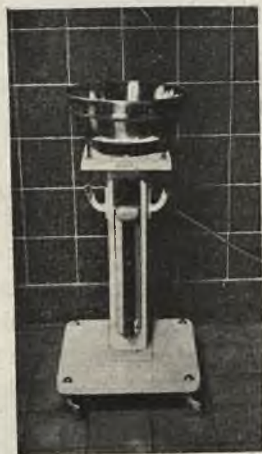
Trzeba powiedzieć, na co się każdy zgodzi, że chorzy, o których tu mowa, wymagają przed operacją przygotowania, a jedynym przygotowaniem może być tylko leczenie sanatoryjne. Jeżeli jednak do wykonania operacji przeniesiemy chorego na szereg tygodni z powrotem w milieu zwykłego szpitala miejskiego, zburzymy wówczas jego równowagę w okresie, w którym jej potrzebuje najwięcej. Mam głębokie przeświadczenie, że wielu moich chorych przetrwało szczęśliwie ciężki stan pooperacyjny a szczególnie powikłania pooperacyjne tylko dlatego, że byli operowani w sanatorium, a nie w warunkach szpitala wielkomiejskiego. Chory zakwalifikowany do torakoplastyki, to nie chory na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, gdzie wyrównanie po operacji następuje bardzo prędko. Taki chory przez długi jeszcze czas po zabiegu jest w stanie chwiejnej równowagi — szalę może przechylić nawet mały ciężar!

Boimy się wszak po operacjach powikłań płucnych. A przecież tutaj mamy do czynienia właśnie z chorym płucnym a operacja jest nieuchronnym ciężkim nieraz dodatkowym powikłaniem płucnym. To też chory taki powinien się znaleźć po operacji pod opieką nietylko chirurga, ale w pierwszym rzędzie ftizjologa, a operacje dadzą lepsze rokowanie, jeśli się je wykonywa w warunkach sanatoryjnych .

Niezbędne jest wyposażenie zakładu, w którym odbywają się operacje, w przenośny aparat rentgenowski ze względu na diagnostykę powikłań pooperacyjnych. Konieczne jest również umieszczenie chorych po operacji w osobnych izbach, przynajmniej na okres kilku dni po zabiegu.

Sala operacyjna i instrumentarium:

Poza normalnym wyposażeniem sali operacyjnej, do operacji torakoplastyki potrzebny jest aparat do elektrokoagulacji do tamowania krwawienia z naczyń krwionośnych przeciętych mięśni oraz podstawka-grzejnik elektryczny z miską metalową do rozczynu fizjologicznego soli kuchennej. Jest to bardzo praktyczne urządzenie, które pozwala na stałe utrzymywanie płatów gazy w rozczynie fizjologicznym soli o t. 40° (rys. 1). Wyżęte płaty gazy, zwilżonej



Rys. 1. Podstawka — grzejnik z miską metalową do rozczynu soli.

gorącym rozczynem, służą do tamowania krwawień miąższowych i ochrony tkanek przed wysychaniem.

Niezmiernym ułatwieniem jest wyposażenie sali w specjalny stół operacyjny, który umożliwia operowanie w pozycji siedzącej lub półsiedzącej chorego, gdyż daje komfort choremu, ułatwiając jednocześnie chirurgowi tylne tempo torakoplastyki (rys. 2 i 3). *Redaelli* podał fotel operacyjny do tylnej torakoplastyki. Dzięki uprzejmości dra *Nowotnego* z Zakopanego, który wypożyczył mi ten fotel dla próby, operowałem na nim dwukrotnie. Uważam, że fo-



Rys. 2. Ułożenie chorego na stole operacyjnym Schmidta do torakoplastyki tylnej.



Rys. 3. To samo, widok z boku.

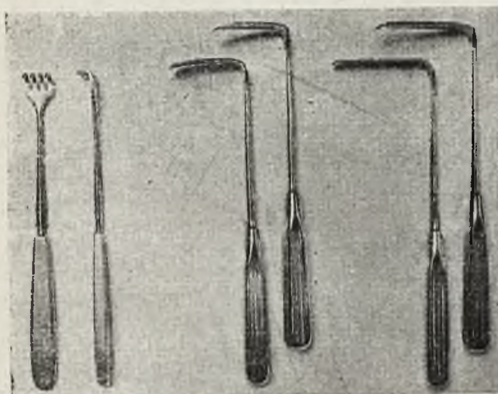
tel sprawia niekiedy trudności, mianowicie wtedy, gdy wskutek zapaści niezbędne jest ułożenie poziome chorego. W jednym przypadku musieliśmy w trakcie operacji przenieść chorego z tego fotela na sąsiedni stół operacyjny — nie jest to wygodne i może narazić na szwank aseptykę. Jeżeli natomiast operujemy na specjalnie przystosowanym stole, zmiana ułożenia na poziome w razie zapaści nie przedstawia żadnych trudności. Sanatorium Wojskowe w Otwocku zostało wyposażone w stół operacyjny Schmidta.

Ostatnie słowo należy do urządzeń sterylizacyjnych. Niezawodną sterylizację materiału opatrunkowego i bielizny operacyjnej zapewnia nam jedynie autoklaw, którego konstrukcja pozwala na przepływ pary przez puszki (a nie obok puszek) w fazie narastania ciśnienia i w fazie właściwej sterylizacji. Narzędzia chirurgiczne powinny być wyjaławiane również w parze wodnej, a nie w wodzie. Stosowania katgutu do podwiązek naczyniowych unikamy, ponieważ uważamy katgut za materiał, którego wyjałowienie zupełne jest problematyczne.

Bez specjalnego instrumentarium nie należy przystępować do torakoplastyki. Do kompletu narzędzi specjalnych należą: 1) haki do odciągania mięśni, 2) skrobaczki rozmaitych kształtów, 3) nożyce i specjalne kleszcze do cięcia żeber (rys. 4 — 8).

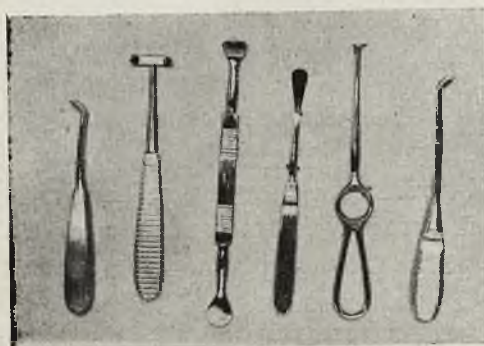
Znieczulenie:

Torakoplastykę wykonywamy z reguły w znieczuleniu miejscowym ½% polokainą. Znieczulamy warstwowo kolejno skórę, tkankę podskórną i powięź, mięśnie, wreszcie nerwy międzyżebrowe. Przed operacją wstrzykujemy podskórnie skopolaminę z pantoponem lub eukodalem (na godzinę przed zabiegiem). Ostatnia publikacja *Niewiadomskiego* i *Rosenfelda* z oddziału *Witkowskiego* ze Szpitala U. S. w Warszawie (Chir. Polski 9/38) stwarza szerokie mo-





Rys. 4. Z lewej strony haki ostre i płaskie wąskie, z prawej haki siodełkowate i płaskie szerokie.



Rys. 5. Rozmaite skrobaczki.



Rys. 6. Kleszcze do cięcia i chwytania żeber, skrobaczka Doyena i nożyce do żeber - gilotyna.



Rys. 7. W środku nożyce Sauerbrucha do I żebra, z boków nożyce do żeber Brunnera prawo- i lewostronne.



Rys. 8. Kleszcze dło cięcia żeber

żliwości stosowania dożylnego skopolaminy-eukodalu-efetoniny łącznie z znieczuleniem miejscowym także w torakoplastyce. Naogół chorzy znoszą znieczulenie miejscowe dobrze. Jedynie chorym wybitnie nerwowym zmuszeni jesteśmy podać sennarkol dożylnie. I tutaj przygotowanie skopolaminą - eukodalem - efetoniną pozwoli zmniejszyć do minimum ilość środka usypiającego, łącząc uśpienie z znieczuleniem miejscowym.

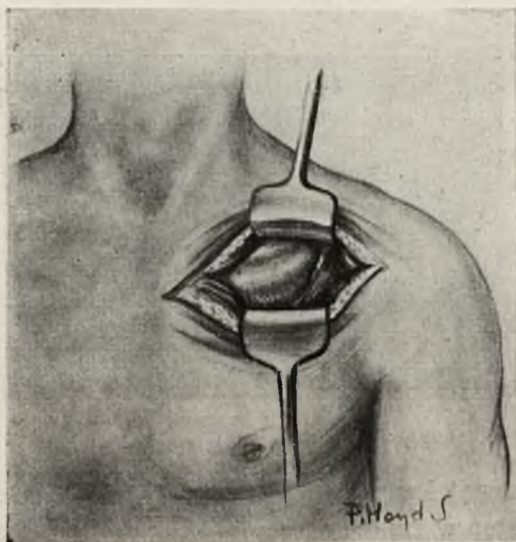
W moim materiale operacyjnym, obejmującym 15 zabiegów przednich i 18 tylnych zmuszony byłem uciec się do uśpienia sennarkolem dwukrotnie: w przypadku poprawki po dwuch tempach (usunięcie reszty I żebra od tyłu) oraz w przypadku drugiego — tylnego tempa u chorej, która wskutek ucisku kikuta I żebra na splot nerwowy barkowy miała w przebiegu pooperacyjnym po przednim tempie silne bóle neuralgiczne i nie zgodziła się na wykonanie drugiego - tylnego tempa w znieczuleniu miejscowym. W obu tych przypadkach sennarkol nie dał specjalnych powikłań.

Ostatnio *Kirschner* wprowadził wstrzykiwanie rozczynów znieczulających pod ciśnieniem. Nastrzykiwanie aparatem Kirschnera odbywa się sprawnie i szybko, dając doskonały stopień znieczulenia. Widziałem zalety takiego postępowania w Sanatorium w Rohrbach *(Schmidt)*; praca tym aparatem jest precyzyjna i znacznie skraca zabieg. Ujemnych stron nastrzykiwania pod ciśnieniem, którego niektórzy chirurdzy obawiają się z założeń teoretycznych, nie spostrzegałem — gojenie się ran po takim znieczuleniu przebiega tak samo, jak po znieczuleniu zwykłą strzykawką. Aparat Kirschnera sprowadziliśmy dla naszego Sanatorium.

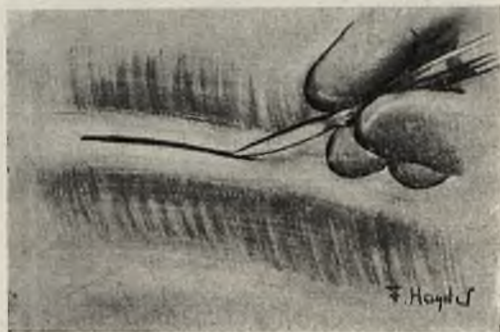
II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA.

Przedni akt torakoplastyki nadszczytowej: Ułożenie chorego na stole operacyjnym. poziome. Cięcie skórne przebiega wzdłuż II żebra od mostka w kierunku wyrostka barkowego łopatki (krzywizna II żebra). Po przecięciu skóry wraz z tkanką podskórną oraz powięzią m. piersiowego większego rozdzielamy włókna tego mięśnia, dochodzimy do II żebra i rozpoczynamy jego wycięcie (rys. 9).

T e c h n i k a w y c i n a n i a ż e b e r z p r z o d u: nacinamy okostnę

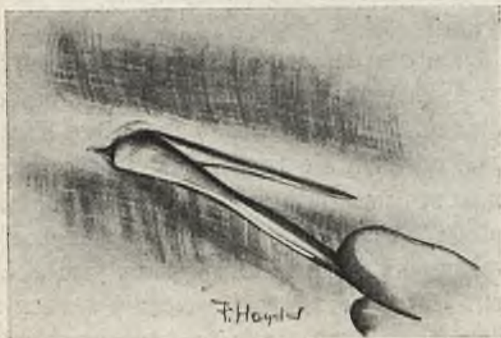


Rys. 9. Po przecięciu skóry i rozsunięciu włókien m. piersiowego większego widać w głębi rany operacyjnej II żebro.

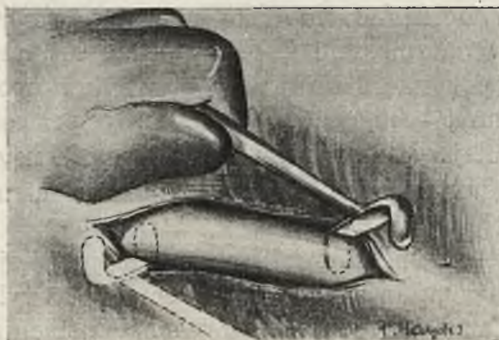


Ryś. 10. Nacięcie okostnej żebra.

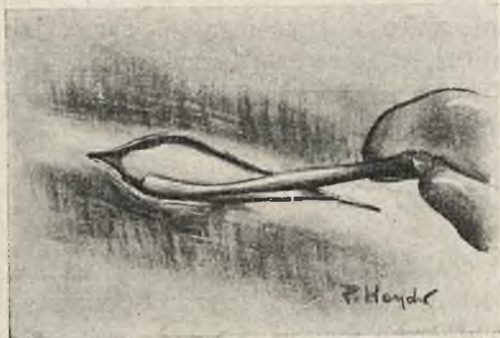
żebrową (rys. 10) i odsuwamy ją skrobaczką z przedniej strony oraz spod brzegów żebra (rys. 11, 12). Następnie specjalną skrobaczką i skrobaczkami Doyena odsuwamy całkowicie okostnę z tylnej powierzchni żebra (rys. 13, 14 i 15). Mamy więc żebro obnażone z okostnej na przestrzeni kilku palców poprzecznych. Wycinamy teraz nożycami do cięcia żebra (gilotyną) kawałek żebra (rys. 16) i mając dostęp w ranie operacyjnej tak do kikuta obwodowego, jak przyśrodkowego, wycinamy kolejno około 10 cm. odcinka obwodo-



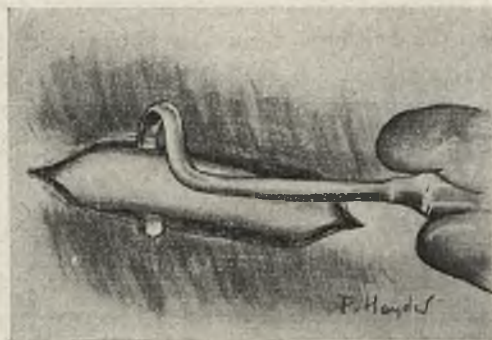
Rys. 11. Odłuszczanie okostnej skrobaczką z przedniej strony żebra.



Rys. 14. Dalsze odłuszczanie okostnej z pod brzegów żebra.



Rys. 12. Odłuszczanie okostnej wraz z przyczepami mięśni spod brzegu żebra.



Rys. 15. Dalsze odłuszczanie skrobaczką Doyena okostnej z tylnej strony żebra.



Rys. 13. Odłuszczanie okostnej z tylnej strony żebra zakrzywioną skrobaczką.

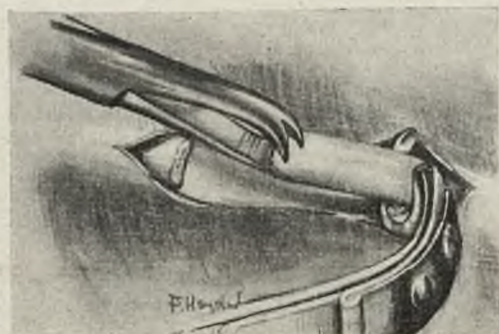


Rys. 16. Wycięcie kawałka żebra nożycami do żeber — gilotyną.

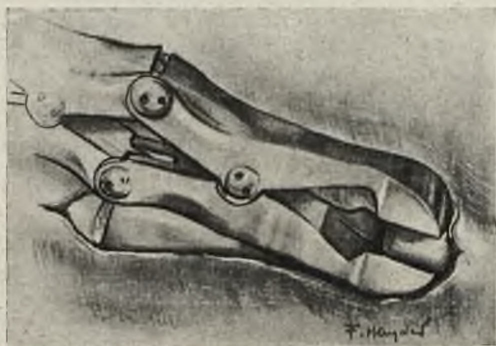
wego, a po tym odcinek przyśrodkowy (chrząstkę).



Rys. 17. Odłuszczanie skrobaczką okostnej żebra w kierunku obwodowym.



Rys. 18. Odcinanie nożycami do żeber Brunnera obwodowego odcinka żebra.



Rys. 19. Skrócenie kleszczami kikuta obwodowego odcinka żebra.

W y c i ę c i e o b w o d o w e g o o d c i n k a: chwytamy koniec obwodowego odcinka żebra kleszczami i uwalniamy żebro od okostnej; odsuwamy okostnę skrobaczką najpierw z przodu, po tym z brzegów i z tyłu posuwając się wgłąb tunelu i odsuwając stopniowo opłucnę palcem (rys. 17). Szczególnie ważne jest przy tym nieodcinanie przyczepów mięśnia zębatego przedniego, a odsuwanie ich wraz z okostną zapomocą skrobaczki. Po obnażeniu żebra na przestrzeni około 10 cm. odcinamy żebro nożycami Brunnera (rys. 18), a wystający kikut możemy odciąć specjalnymi kleszczami, które można wsunąć wgłąb tunelu (rys. 19). Do powstałej po wycięciu żebra jamy - uchyłka wkładamy płat gazy zwilżonej gorącym rozczynem fizjologicznym soli kuchennej.



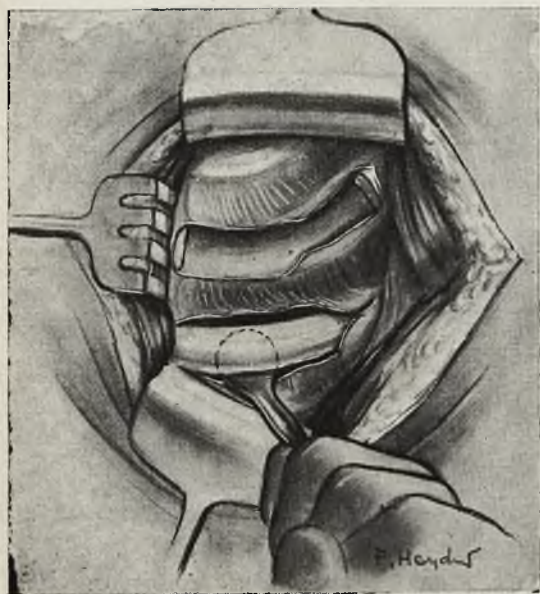
Rys. 20. Wycięcie chrząstki żebrowej.

W y c i ę c i e c h r z ą s t k i: uwalniamy ją z przodu od związku z tkankami otaczającymi zapomocą noża i nożyczek operacyjnych przy górnym i dolnym brzegu chrząstki, a po tym odsuwamy opłucnę do tyłu palcem. Kikut chrząstki trzyma się teraz jedynie na mostku; po podłożeniu pod chrząstkę metalowej szpatułki (protektora) odcinamy chrząstkę przy mostku, zwracając uwagę, by cięcie prowadzić nie prostopadle a nieco ukośnie, ponieważ kant chrząstki może uciskać skórę i prowadzić do odleżyn (rys. 20).

Jeżeli w planie torakoplastyki leży całkowite wycięcie trzech żeber, przechodzimy do III żebra, wycinając taką samą techniką odcinek dłuższy o kilka cm. niż II że-

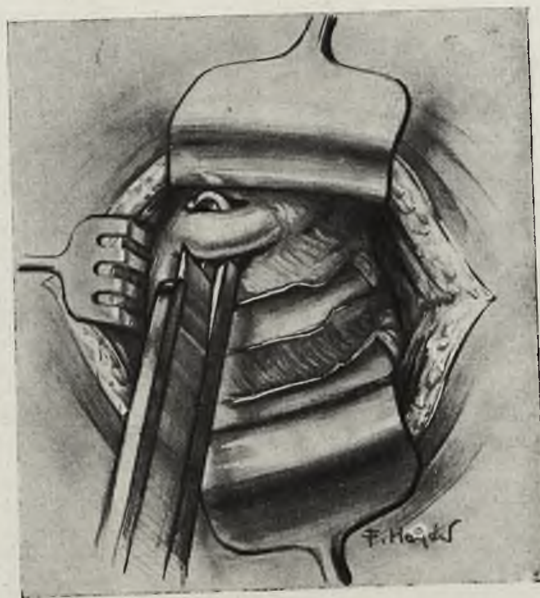
bra; po wycięciu wkładamy do jamy płat gazy zwilżonej gorącym rozczynem soli (rys. 21).

Jedynym powikłaniem, jakie może się zdarzyć podczas wycinania II i III żebra jest przedziurawienie opłucnej. Może to nastąpić tylko wtedy, jeżeli brak w tym miejscu zrostów opłucnej ściennej z opłucną płucną i to tylko w razie nieostrożnego postępowania podczas odłuszczania okostnej. Uniknąć tego ceteris paribus najłatwiej, używając precyzyjnych ostrych narzędzi, szczególnie skrobaczek.



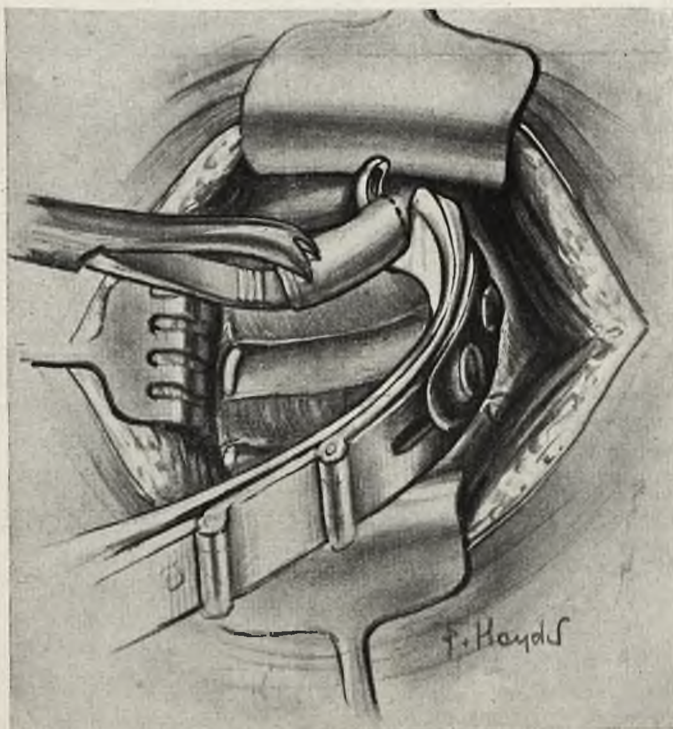
Rys. 21. Przedni akt torakoplastyki nadszczytowej: odcinek II żebra usunięty, odłuszczanie okostnej III żebra.

W y c i ę c i e I ż e b r a: jest to jedyny akt przedniego tempa torakoplastyki, który może sprawiać trudności. Dostęp do chrząstki I żebra jest dość ograniczony, ponieważ jej połączenie z mostkiem jest nieco przykryte przez mostkowy odcinek obojczyka. Zresztą stosunki przedstawiają się tutaj rozmaicie w zależności od budowy klatki piersiowej. Właściwy chwyt techniczny rozwiązujący dalsze trudności polega na tym, żeby obejść dokoła chrząstkę niedaleko jej końca mostkowego zapomocą ostrej krzywej skrobaczki; musimy sobie tutaj pomagać niekiedy nożem lub nożyczkami ponieważ mamy do czynienia z twardymi włóknistymi przyczepami mięśni międzyżebrowych od dołu i więzadła żebrowo-obojczykowego od góry. Po uwolnieniu chrząstki dokoła wprowadzamy pod nią nożyce Sauerbrucha do I żebra i przecinamy chrząstkę (rys. 22). Kikut odcinka obwodowego trzyma się jeszcze mocno są-



Rys. 22. Daszy etap zabiegu. Odcinki II i III żebra usunięte; po uwolnieniu przymostkowego końca chrząstki I żebra podprowadzono pod nią nożyce Sauerbrucha.

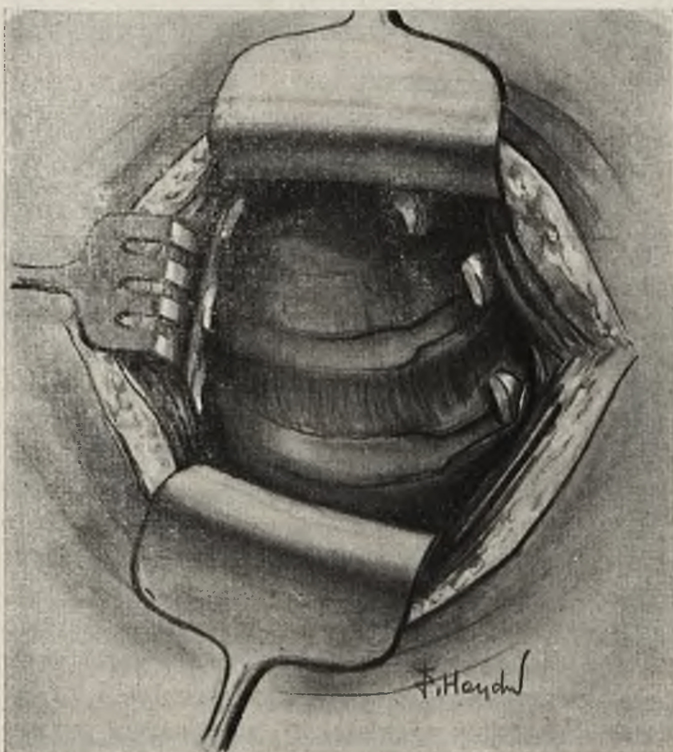
siednich tkanek, łatwo jednak go teraz uwolnić zapomocą nożyczek i ostrej skrobaczki. Dalej chwytając kikut kleszczami odsuwamy już łatwo okostnę i dochodzimy do przyczepu mięśnia pochyłego przedniego. Naczynia podobojczykowe asystujący odsuwa i chroni wąskim płaskim hakiem. Nożycami do żeber Brunnera odcinamy żebro obok przyczepu m. pochyłego przedniego (rys.23), i przechodzimy do uwolnienia szczytu płuca.



Apikoliza: Za pomocą palca uwalniamy szczyt płuca w warstwie pomiędzy opłucną ścienną a powięzią wewnątrzpiersiową; do rany wkładamy na chwilę płat gazy

Rys. 23. Uwolnione I żebro odcinamy tuż u przyczepu m. pochyłego przednego.

zwilżony gorącym rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, po czym rozwieramy szeroko ranę operacyjną tępymi hakami, sprawdzamy, czy w uchyłkach nie pozostawiliśmy gazy z poprzednich manipulacyj, wycinamy i usuwamy strzępki mięśni i przystępujemy do zeszycia rany. Kilkoma szwami zeszywamy mięsień, po czym zeszywamy silkiem skórę.

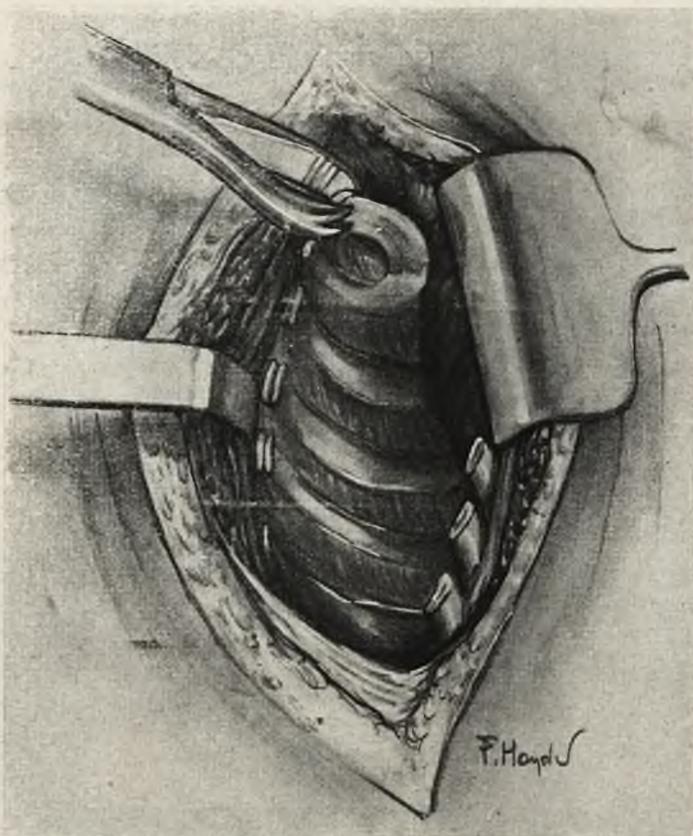


Rys. 24. Po wykonaniu apikolizy widać zapad przedniej i górnej ściany szczytu płuca.

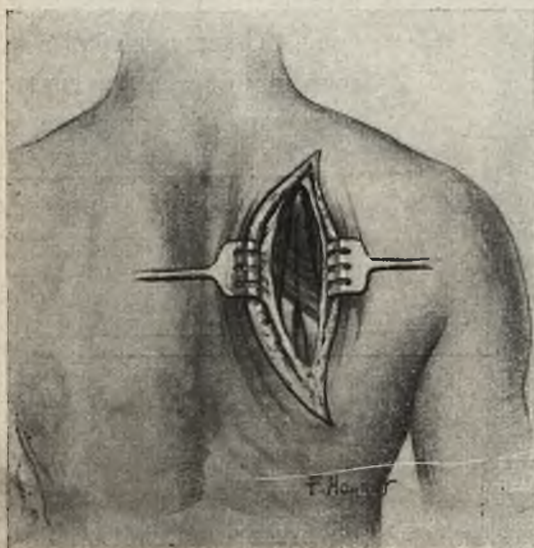
Czy sączkować ranę? Tak, należy wprowadzić do dna rany miękki sączek gumowy, wyprowadzając go przez ranę skórną. Sączek ten usuwamy po 2 — 3 dniach.

Tylny akt torakoplastyki nadszczytowej: Ułożenie chorego w pozycji siedzącej na stole Schmidta, lub w pozycji leżącej ze zgiętymi plecami i zwisającą kończyną górną po stronie operowanej.

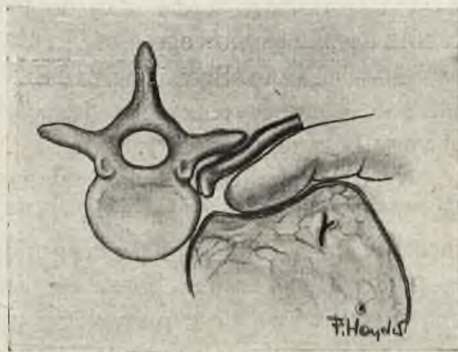
Cięcie przykręgowe od góry od poziomu grzebienia łopatki schodzi łukowato wdół ku stronie bocznej mniej więcej do poziomu VIII międzyżebrza, okalając kąt łopatki. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej tamujemy krwawienie kleszczykami naczyniowymi i albo nakładamy podwiązki, albo tamujemy krwawiące naczynia elektrokoagulacją. Po opięciu rany skórnej serwetkami, nacinamy powięź i przecinamy kolejno mięśnie czworoboczny i równoległoboczny (trapezius et rhomboideus), chwytając kleszczykami krwawiące naczynia. Górnej partii mięśnia czworobocznego nie przecinamy, ponieważ dostęp jest i bez tego wystarczający (rys. 25). Po podwiązaniu lub elektrokoagulacji krwawiących naczyń odciągamy łopatkę wraz z przeciętymi mięśniami zapomocą szerokiego haka i w ten sposób udostępniamy sobie odrazu kilka żeber (III — V). Rozpoczynamy wycinanie zazwyczaj IV żebra techniką opisaną powyżej dla przedniego aktu torakoplastyki. Wycinamy żebra podokostnowo aż do linii pachowej środkowej (żebra IV, V, VI i VII oraz ewentualnie i III, o ile w planie torakoplastyki nie leży wycięcie go w całości). Przykręgowo pozostawiamy narazie kikuty w linii wielkich mięśni wyprostnych grzbietu. żebra II i I, ewentualnie i III, usuwamy w całości, tj. po przecięciu od ty-



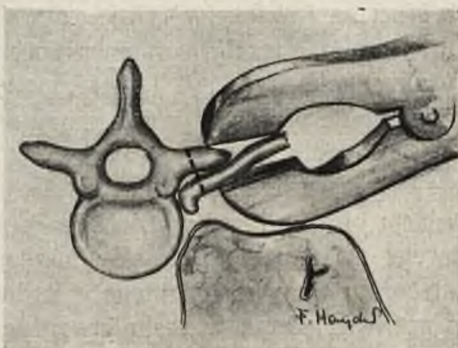
Rys. 26. Usuwanie I żebra. żebra II — VII wycięte.



Rys. 25. Tylny akt torakoplastyki nadszczytowej. Przecięto skórę, powięź i m. czworoboczny. W głębi rany widać m. równoległoboczny.



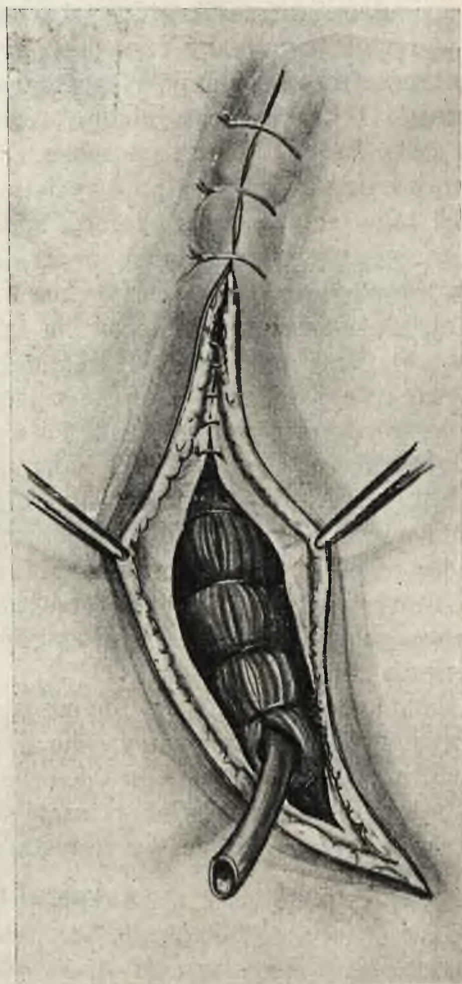
Rys. 27. Palec wprowadzony wzdłuż przedniej powierzchni kikuta żebra odsuwa opłucną.



Rys. 28. Po odsunięciu opłucnej i uwolnieniu nożem wyrostka poprzecznego kręgu odcinamy en bloc wyrostek i kikut żebra (technika Joly'ego).

łu chwytamy kikut żebra kleszczami i uwalniając podokostnowo usuwamy całkowicie. żebra te od przodu były wycięte podczas aktu przedniego, są to więc obecnie żebra ruchome, które wyciągamy z łuski okostnowej. Wycięcie I żebra nie stanowi teraz również trudności: po odsunięciu okostnej i przecięciu przy kręgu pociągamy I żebro, aż dojdziemy po odsunięciu skrobaczką okostnej wraz z m. pochyłym średnim, do kikuta w miejscu przyczepu m. pochyłego przedniego. Przyczep ten, niekiedy bardzo zbliznowaciały po pierwszej operacji odcinamy i usuwamy żebro (rys. 26).

Teraz przystępujemy do skrócenia przykręgowych kikutów żeber VII, VI i V oraz wycięcia przykręgowych kikutów żeber IV, III i II wraz z wyrostkami poprzecznymi odpowiednich kręgów. Jeżeli chodzi o wycięcie samych kikutów, odciągamy hakiem



Rys. 29. Warstwowe zeszycie rany operacyjnej. W dolnym kącie rany sączek gumowy.

mięśnie wyprostne grzbietu i odsuwamy okostnę skrobaczką z tylnej i bocznej powierzchni kikutów. Opłucnę ścienną odsuwamy z przedniej powierzchni żebra daleko wgłąb palcem (rys. 27), po czym odcinamy kikut kleszczami lub nożycami do żeber tuż u wyrostka poprzecznego kręgu.

Technika wycięcia kikutów żeber wraz z odpowiednimi wyrostkami poprzecznymi kręgów przedstawia się podobnie, z tą różnicą, że po odsunięciu okostnej kikutów oraz odsunięciu palcem opłucnej wgłąb od przedniej powierzchni kikuta uwalniamy wyrostek poprzeczny nożem dokoła, po

czym ujmujemy kleszczami do żeber en bloc wyrostek poprzeczny (rys. 28) wraz z kikutem żebra i odcinamy. Wyrostka poprzecznego I kręgu nie wycinamy, odcinamy tylko krótko kikut tego żebra.

Krwawienie z łożysk po wyciętych żebrach tamujemy podczas operacji zapomocą tamponady płatami gazy zwilżonej gorącym rozczynem fizjologicznym soli kuchennej. Po ukończeniu zabiegów na żebrach wyjmujemy płaty gazy i wkładamy raz jeszcze do rany dużą chustkę z gazy zwilżoną gorącym rozczynem soli. Po wyjęciu chustki rozwieramy ranę hakami i wycinamy starannie wszystkie wolne strzępki mięśni i okostnej, tak by pozostała gładka niepostrzępiona powierzchnia rany. Drobne punkty krwawiące tamujemy elektrokoagulacją, po czym przystępujemy do zeszycia rany.

Po skontrolowaniu rany, czy nie pozostawiliśmy ciał obcych zeszywamy ranę warstwowo: szyjemy cienkim jedwabiem najpierw mięśnie, po tym powięź wreszcie silkiem skórę, pozostawiając we wszystkich warstwach w dolnym kącie lukę do przepuszczenia sączka gumowego, dość grubego długości 10 — 14 cm. Sączek wkładamy w kierunku do góry, wycinając w jego ścianie otwory boczne (rys. 29).

W naszych przypadkach wykonywaliśmy zawsze bezpośrednio po zabiegu tylnym przetoczenie krwi (300 — 400 cm): operacji tej podlegają przecież chorzy osłabieni chorobą podstawową oraz przebytym niedawno zabiegiem przednim, a tylny akt jest zawsze połączony z utratą krwi.

Jeżeli chodzi o powikłania operacyjne, jakich strzec się należy w tylnym akcie operacji, wymienić trzeba w pierwszym rzędzie uszkodzenie opłucnej. I tutaj, podobnie jak w akcie przednim, najlepszym sposobem uniknięcia tego powikłania jest ostrożne odłuszczanie okostnej oraz odsuwanie palcem opłucnej w obrębie kąta przykręgowego — zapobiega to równocześnie uszkodzeniu pnia współczulnego. Podstawową sprawą jednak w technice operacji jest posługiwanie się odpowiednią aparaturą i narzędziami.

Apical thoracoplasty

by

T. Sokołowski.

S U M M A R Y.

The author discusses the operative method used by him since two years in cases of tuberculous cavities of the lungs. The method consists in the complete resection of the ribs I and II and partial resection of the ribs III, IV and V.

In cases, where a more complete effacement is desired, the author resects totally the ribs I, II and III and partially IV — VII. In this method the resection of the posterior stumps of the ribs II, III and IV must be completed by the removing of the transverse processes of the adjoining vertebrae.

The operation must be perfomed in two stages, the anterior and the posterior stage. In the anterior stage which is performed first the author mobilises the posterior portions of the ribs I, II (and event. III) by partial resection of their anterior portions. In this manner the anterior stage of the thoracoplasty forms the preparation to the posterior stage: we mobilise the ribs which must be removed by the anterior approach and remove them by the posterior approach. By this technic the upper ribs are removed totally.

After the anterior stage of the thoracoplasty a fortnight must elapse before the posterior stage of the operation can be undertaken. Both stages of the operation are performed under local anesthesia.

PNEUMONOLIZA W LECZENIU GRUŹLICY PŁUC

Technika zabiegów uwalniających płuco od zrostów ze ścianą klatki piersiowej.

podał

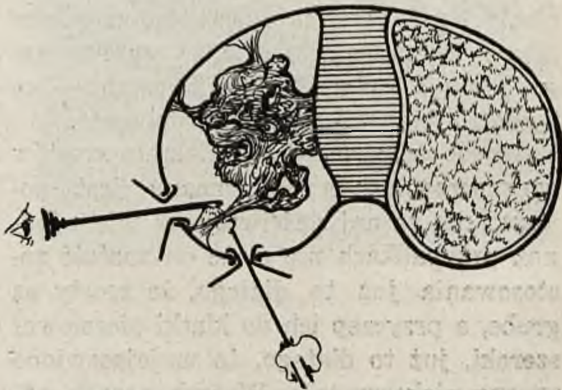
Doc. Dr W. Ostrowski.

Zadanie zabiegów, uwalniających płuco od zrostów z klatką piersiową, polega bądź na umożliwieniu stosowania leczniczej odmy wewnątrzopłucnowej, skądinąd nieskutecznej z powodu zrostów między opłucną trzewną a ścienną, bądź na stworzeniu jej namiastki w sztucznie wytworzonej przestrzeni zewnątrzopłucnowej. W przypadkach pierwszego rodzaju odklejenie płuca od ściany klatki piersiowej dokonuje się w warstwie między obu listkami opłucnej *(pneumonolysis intrapleuralis)*, w przypadkach zaś drugiego rodzaju — w warstwie między opłucną ścienną a powięzią śródpiersiową lub między tą powięzią a żebrami i mięśniami międzyżebrowymi *(pneumonolysis extrapleuralis)*.

1. Uwolnienie płuca drogą wewnątrzopłucnową.

Zabiegi tego rodzaju mogą wchodzić w rachubę jedynie tam, gdzie odma piersiowa jest wykonalna, choć nieskuteczna z powodu obecności między powierzchnią płuca a opłucną ścienną zrostów, które uniemożliwiają należyte zapadnięcie płuca. Przez rozdzielenie wspomnianych zrostów staramy się przywrócić jamie opłucnej stan anatomiczny mniej lub więcej prawidłowy, w każdym razie taki, że zapadnięcie płuca w obecności odmy wewnątrzopłucnowej staje się możliwe ze wszystkimi wypływającymi z tego stanu następstwami, korzystnymi dla gojenia zmian chorobowych w płucu. Rozdzielanie zrostów, ogólnie biorąc, może być wykonane bądź jedynie przez nakłucie klatki piersiowej bądź po uprzednim operacyjnym jej otwarciu.

Sposób pierwszy, wprowadzony przez szwedzkiego lekarza *Jacobaeusa,* ze względu na bardzo specjalne stosowane przy nim narzędzia i specjalną technikę nie wchodzi, przynajmniej dotychczas, w zakres operacyj wykonywanych przez chirurgów. Podobnie jak odma piersiowa bywa on stosowany przez lekarzy ftizjologów, którzy dla celów rozpoznawczych i leczniczych chętnie uciekają się do wziernikowania jamy opłucnej — do t. zw. pleuroskopii. Operacja, której technikę dokładnie opisał *S. Meysner* w „Chirurgu Polskim" (Nr 8/1937 r.), polega, ogólnie mówiąc, na wprowadzeniu do jamy opłucnej przez nakłucie międzyżebrza specjalnego wziernika, zwanego pleuroskopem, pozwalającego na dość dokładne rozpatrzenie się w jamie opłucnej oraz na ustalenie umiejscowienia



Rys. 1. Operacja Jacobaeusa (schemat): widać szereg zrostów płucno-opłucnowych, uniemożliwiających zapadnięcie się płuca. Do jamy opłucnej wprowadzony jest pleuroskop zaopatrzony na końcu w lampkę; przez inny otwór w klatce piersiowej wprowadzony jest nóż elektryczny.

i charakteru zrostów. Zrosty zostają przepalone lub oddzielone od ściany klatki piersiowej za pomocą pętli galwanokaustycznej albo noża diatermicznego wprowadzonych przez nakłucie klatki piersiowej w innym miejscu (rys. 1), jeżeli sam pleuroskop nie jest zaopatrzony w przyrząd do przepalania. Operacja jest tym prostsza i bezpieczniejsza, im mniej liczne są zrosty, im są one cieńsze i dłuższe, im łatwiejszy jest do nich dostęp narzędziami. Niebezpieczeństwa związane z zabiegiem zależą głównie od tego, że w zrostach nawet cienkich może się znajdować tkanka płucna albo naczynia krwionośne, w wyniku czego zdarzyć się może krwotok lub — co bywa częściej — zakażenie opłucnej.

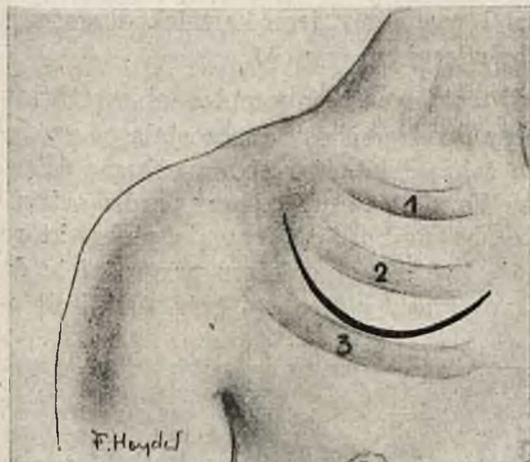



Rys. 1a: Rentgen klatki piersiowej przed pneumonolizą wewnątrzopłucnową (na lewo); po niej (na prawo). Na zdjęciu na lewo widoczne są zrosty, na których wisi chore płuco, niespadnięte mimo obecności powietrza w opłucnej. Na zdjęciu na prawo widoczne jest całkowite spadnięcie chorego płuca. (wg. Kremera).

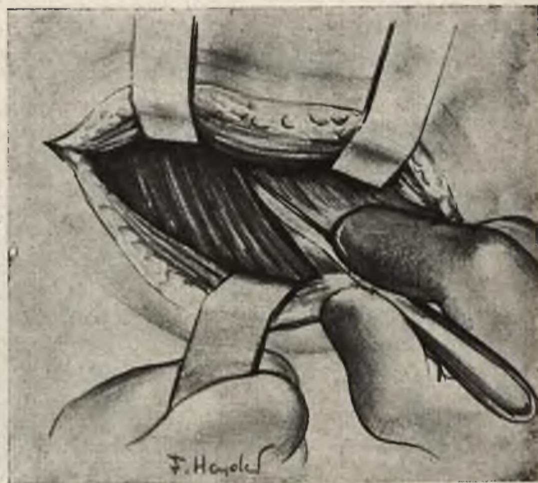
Sposób *Jacobaeusa* rozdzielania zrostów wewnątrzopłucnowych uznany jest powszechnie za najwłaściwszy. W wielu jednak przypadkach nie może on znaleźć zastosowania już to dlatego, że zrosty są grube, a przyczep ich do klatki piersiowej szeroki, już to dlatego, że umiejscowione są one niekorzystnie. W tych razach oddzielenie płuca od opłucnej ściennej może być osiągnięte według ogólnych zasad techniki chirurgicznej po dostatecznie szerokim otwarciu klatki piersiowej pod bezpośrednią kontrolą oka nieuzbrojonego. Pozwala to na użycie w razie potrzeby podwiązek na przecięte naczynia krwionośne, szwów na ewentualnie uszkodzoną powierzchnię płuca albo ściany klatki piersiowej i innych chroniących przed krwotokiem albo zakażeniem środków, które nie mogą znaleźć zastosowania, jeżeli zabieg dokonywany bywa jedynie przez nakłucie klatki piersiowej.

O t w a r c i e k ł a t k i p i e r s i o w e j d l a r o z d z i e l e n i a z r o s t ó w wewnątrzopłucnowych bywa wykonywane z reguły u osób z odmą piersiową utrzymywaną przez szereg tygodni a nawet miesięcy i z tego powodu nie wywołuje groźnych objawów, jakie się widuje zazwyczaj po nagłym wejściu powietrza do jamy opłucnej prawidłowej. To też stosowanie tego zabiegu nie wymaga specjalnych aparatów do zwiększenia ciśnienia powietrza w drogach odechowych. Należy wszakże upewnić się przed operacją, że ciśnienie w jamie opłucnej jest równe atmosferycznemu, względnie przez uzupełnienie

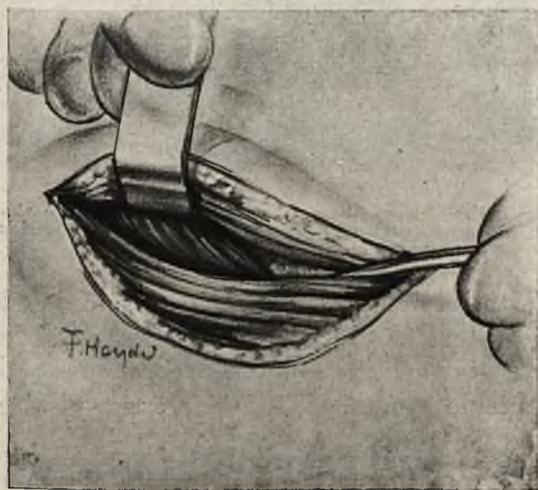
odmy takie ciśnienie uzyskać. W większości przypadków operacja może być wykonana w znieczuleniu miejscowym; w razie potrzeby zastosowania znieczulenia ogólnego najwłaściwsze wydaje się uśpienie dożylne sennarkolem. Ułożenie chorego podczas operacji zależy od miejsca, w którym wypada klatkę piersiową otworzyć, wybór zaś tego miejsca bywa uwarunkowany umiejscowieniem zrostów. Najczęściej wszakże wypada rozdzielać zrosty około-szczytowe (*apicolysis intrapleuralis*), do czego najwłaściwszym wydaje się dostęp sposobem opisanym przez *Fruchauda*.



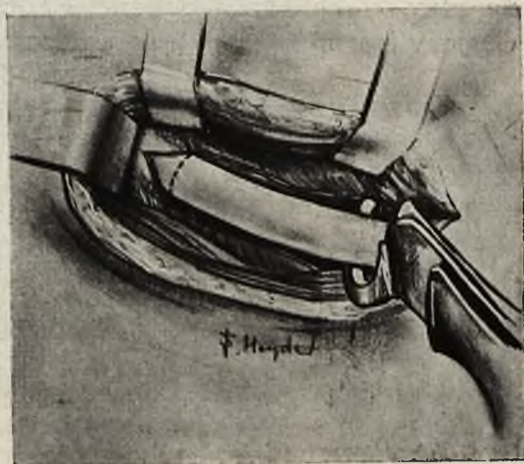
Rys. 2. Pneumonoliza sposobem Fruchauda: cięcie skóry półkoliste w II przestrzeni międzyżebrowej



Rys. 4. Oddzielenie nożem górno-przyśrodkowego brzegu m. piersiowego mniejszego.



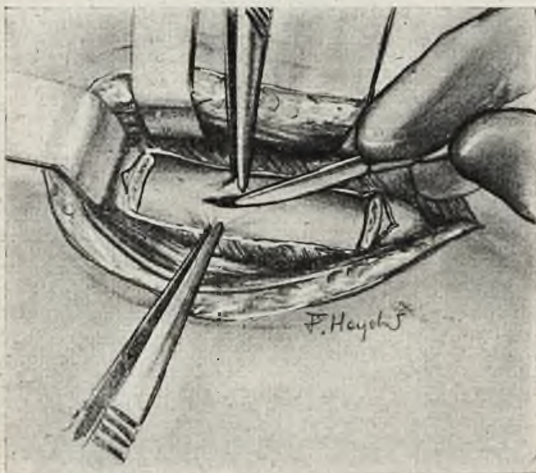
Rys. 3. Mięsień piersiowy większy został rozdzielony na tępo wzdłuż przebiegu włókien. W głębi rany uwidacznia się mięsień piersiowy mniejszy.



Rys. 5. Wycięcie kawałka II żebra.

Chory leży równo na plecach z twarzą zwróconą w stronę przeciwną do tej, gdzie ma być wykonany zabieg, z kończynami górnymi ułożonymi wzdłuż tułowia. Cięcie skóry łukowate, wypukłe ku dołowi, biegnie w II przestrzeni międzyżebrowej od

rowka piersiowo-naramiennego do brzegu mostka (rys. 2). Po podwiązaniu przeciętych naczyń podskórnych i opięciu brzegów rany serwetkami rozdzielamy włókna mię-



Rys. 6. Otwarcie jamy opłucnej z zachowaniem ostrożności przed uszkodzeniem płuca w razie jego przyrostu do klatki piersiowej w miejscu operacji.

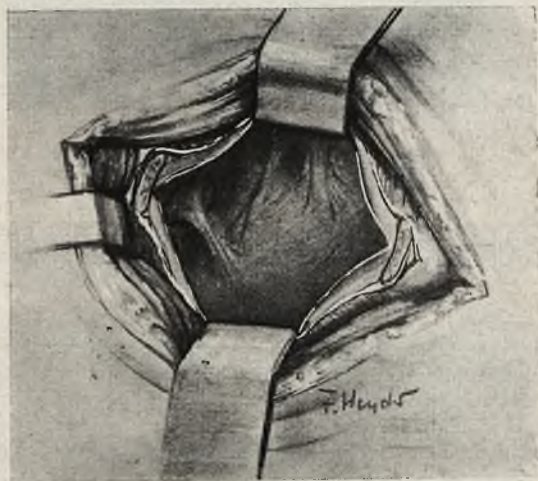
śnia piersiowego większego na tępo wzdłuż ich przebiegu w ten sposób żeby szczelina w mięśniu znajdowała się powyżej poziomu rany skórnej (rys. 3). Szczelinę tę rozciągamy tępymi hakami, a po uwidocznie-



Rys. 7. W razie przyśrośnięcia płuca do ściany kl. piersiowej w miejscu, gdzie został wycięty kawałek żebra, następuje oddzielenie przyrostu zapomocą palca wprowadzonego pomiędzy zrost a ścianę klatki piersiowej.

niu mięśnia piersiowego mniejszego uwalniamy na ostro jego brzeg górno-przyśrodkowy (rys. 4) i mięsień ten odciągamy tępym hakiem do boku. Teraz przystępujemy do wycięcia widocznego na dnie rany kawałka II żebra W tym celu starannie uwalniamy skrobaczką żebro od okostnej i przyczepów mięśni międzyżebrowych jak najdalej w kierunku pachy z jednej strony, a z drugiej strony aż do chrząstki żebra i wycinamy jego kawałek długości 8 albo więcej cm (rys. 5).

Do otwarcia jamy opłucnej wystarcza teraz przeciąć okostnę, pozostałą po wycięciu żebra i leżącą pod nią opłucnę ścienną. Warstwy te przecinamy bardzo ostrożnie aby uniknąć skaleczenia płuca, które może być w tym miejscu przyrośnięte do ściany klatki piersiowej (rys. 6). Cięcie o-



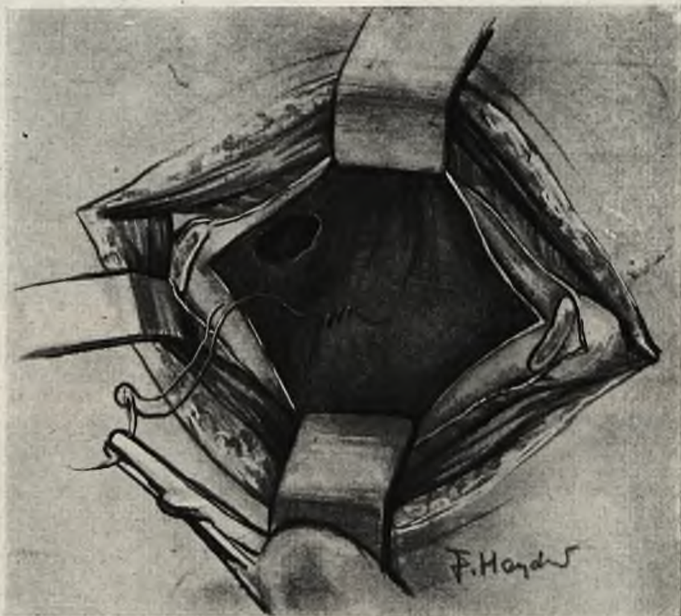
Rys. 8. Po otwarciu jamy opłucnej widoczne są zrosty płuca ze ścianą klatki piersiowej. Opłucna ścienna na obwodzie zrostu zostaje nacięta.

kostnej i opłucnej powinno być krótsze od wyciętego kawałka żebra i nie dochodzić do pozostawionych kikutów żebra, inaczej szczelne zamknięcie klatki piersiowej stanie się trudne.

W razie stwierdzenia przyrostu płuca do ściany klatki piersiowej w miejscu operacji nacinamy jedynie okostnę i oddzielamy od niej opłucnę ścienną, początkowo za pomocą wąskiego unośnika, a następnie za pomocą palca w kierunku ku górze i ku dołowi oraz na boki (rys. 7). Opłucnę ścien-

ną nacinamy poza obwodem przyczepu zrostu. Oddzielony w ten sposób dościenny przyczep zrostu pokrywamy pozostałą na jego obwodzie opłucną ścienną za pomocą szwu.

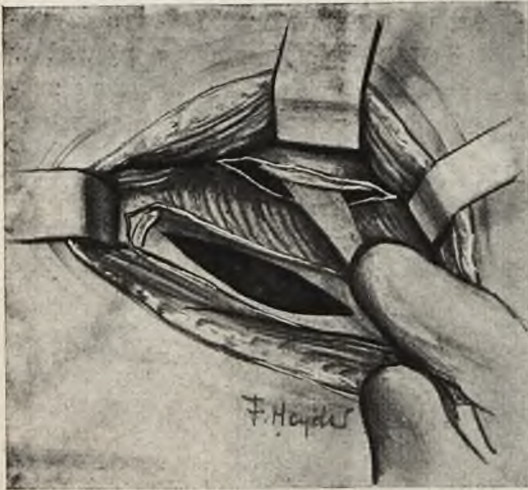
Do otworu w opłucnej wprowadzamy odpowiednio szerokie i głębokie haki tępe (rys. 8) i po rozpatrzeniu się w jamie opłucnej przystępujemy do oddzielania zrostów od ściany klatki piersiowej. Dobre oświetlenie terenu operacji uskutecznić można za pomocą lampki elektrycznej umieszczonej bądź na czole operującego, bądź przytwierdzonej do jednego z haków. Zrosty pajęczynowate i bardzo cienkie zostają zwyczajnie przecięte nożyczkami tuż przy ścianie klatki piersiowej, zrosty nieco grubsze,a tym bardziej szerokie i krótkie, należy odcinać wraz z opłucną ścienną, co najpewniej zabezpiecza przed uszkodzeniem naczyń i miąższu płucnego, które zrosty takie mogą zawierać. W tym celu opłucna ścienna na obwodzie dościennego przyczepu zrostu zostaje okrajana nożem zwykłym albo elektrycznym, a następnie oddzielona na tępo od powięzi śródpiersiowej. Krwawiące z przyczepu zrostu naczynia należy podwiązać, a sam przyczep w miarę możności pokryć oddzieloną wraz z nim od ściany klatki piersiowej opłucną (rys. 9). Oddzielanie zrostów rozpoczynamy od najbliżej położonych, ponieważ w miarę uwalniania płuca od połączeń zrostowych z klatką piersiową płuco się zapada, co ułatwia dostęp do zrostów położonych bardziej do tyłu.



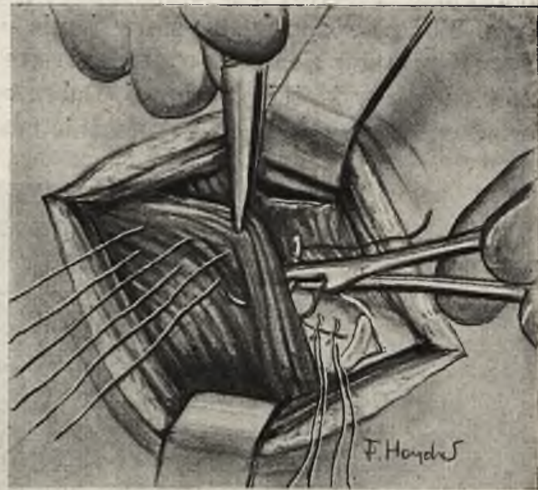
Rys. 9. Zrost płucno-opłucnowy oddzielony od ściany kl. piersiowej został pokryty opłucną ścienną pozostałą na jego obwodzie. Na ścianie klatki piersiowej widoczny jest ubytek opłucnej ściennej pozostały po odcięciu zrostu.

Po oddzieleniu zrostów usuwamy z jamy opłucnej krew, jaka zebrała się w niej podczas zabiegu i przystępujemy do bardzo dokładnego warstwowego zeszycia rany operacyjnej. Aby ułatwić sobie zeszycie opłucnej ściennej należy ją uprzednio uruchomić. W tym celu odcinamy nożem mięśnie międzyżebrowe od dolnego brzegu I żebra i od górnego brzegu III żebra, a następnie

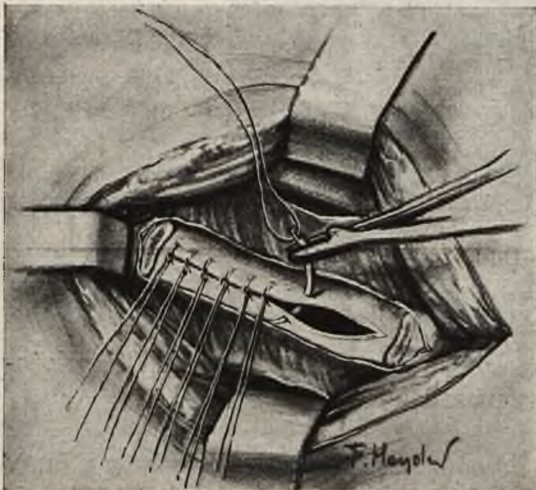
skrobaczką i palcem wskazującym oddzielamy opłucnę ścienną od tylnych powierzchni wymienionych żeber (rys. 10). Brzegi operacyjnego otworu w opłucnej i pokrywającej ją okostnej zostają w ten sposób uruchomione i pozwalają się zbliżyć bez większego napięcia. Szyjemy opłucnę wraz z okostną szwem węzełkowym dość gęsto nakładanym (rys. 11), przy czym końców nitek na razie nie odcinamy. Służyć nam one będą do pokrycia szwu opłucnej mięśniem piersiowym mniejszym. Robimy to w ten sposób, że każdą nitkę nawleczoną na igłę przeprowadzamy przez ten mięsień w pewnej odległości od jego brzegu górno-przyśrodkowego (rys. 12) i każdą parę nitek zawiązujemy na nowo już na mięśniu, uzyskując w ten sposób szczelne przyleganie mięśnia do szwu opłucnej i okostnej (rys. 13). Zabieg kończymy ze-



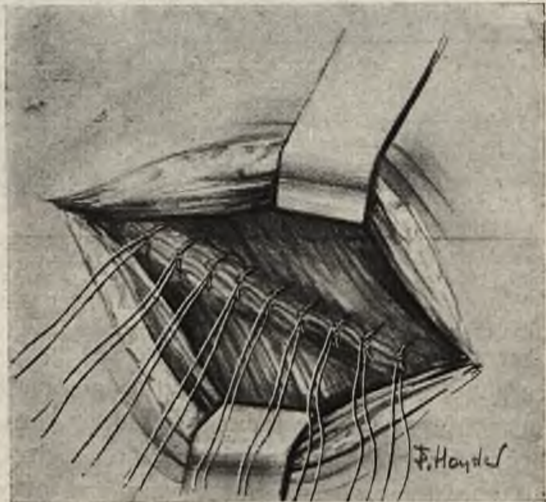
Rys. 10. Uruchomienie międzyżebrzy dla uniknięcia napięcia brzegów rany operacyjnej w okostnej i opłucnej ściennej.



Rys. 12. Nieobcięte nitki po zeszyciu szczeliny w okostnej zostają przeprowadzone przez m. piersiowy mniejszy.



Rys. 11. Zeszycie szczeliny w okostnej i opłucnej ściennej odbywa się bez napięcia dzięki uruchomieniu sąsiednich międzyżebrzy.



Rys. 13. Szew m. piersiowego mniejszego został ukończony. Mięsień ten pokrywa całkowicie szew okostnej.

szyciem mięśnia piersiowego większego, a następnie tkanki podskórnej i skóry.

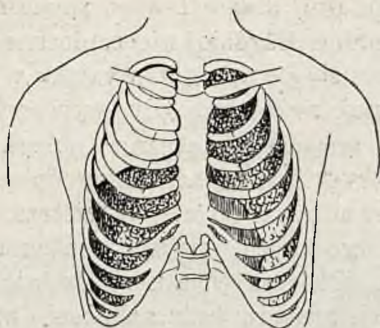
Już na drugi dzień po operacji, a następnie codziennie należy chorego badać rentgenem dla sprawdzenia stopnia zapadnięcia płuca i w razie potrzeby uzupełniać powietrze w jamie opłucnej nowymi jego ilościami, wprowadzanymi przez nakłucie klatki piersiowej. Zapobiegnie to rozprężeniu się płuca i ponownemu jego przyklejeniu się oraz przyrośnięciu do ściany klatki piersiowej. Postępowanie takie bywa wskazane nawet w obecności rozedmy podskórnej w okolicy terenu operacyjnego, ponieważ rozedma taka nie świadczy bynajmniej o dużej ilości powietrza w jamie opłucnej.

Rozedma podskórna, jeżeli nie jest zbyt rozległa, ustępuje zazwyczaj samoistnie w ciągu kilku dni, stanowi więc powikłanie bardzo łagodne. Bardziej niebezpieczne bywa zebranie się po operacji wysięku w jamie opłucnej, zwłaszcza gdy wysięk taki powoduje gorączkę. Leczenie polega na opróżniających nakłuciach jamy opłucnej i na wprowadzaniu do niej powietrza. Do powikłań groźnych należą natomiast: krwotok z oddzielonych a niedokładnie zaopatrzonych zrostów oraz zakażenie opłucnej, którego źródłem może być uszkodzenie chorego miąższu płucnego podczas operacji albo ropienie w ranie operacyjnej. Rozejście się rany operacyjnej wskutek jej zakażenia prowadzi niechybnie do powstania przetoki opłucnej zewnętrznej i ropnego zapalenia opłucnej — powikłań nakazujących rokować bardzo niepomyślnie.

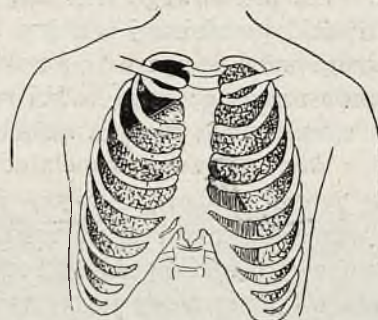
2. Uwolnienie płuca drogą zewnątrzopłucnową.

Stosując zewnątrzopłucnową drogę do uwolnienia płuca od przyrostów do klatki piersiowej w celu spowodowania jego zapadnięcia, nie wchodzimy zupełnie do jamy opłucnej zarośniętej na większej czy mniejszej przestrzeni, a oddzielamy od żeber i międzyżebrzy płuco wraz z obu zrośniętymi listkami opłucnej albo nawet razem z powięzią śródpiersiową. Sposób ten może mieć zastosowanie wyłącznie tam, gdzie chodzi o zmiany w górnych odcinkach płuca *(apicolysis extrapleuralis)*. Spowodowanie w taki sposób zapadnięcia całego płuca praktycznie nie wchodzi w rachubę.

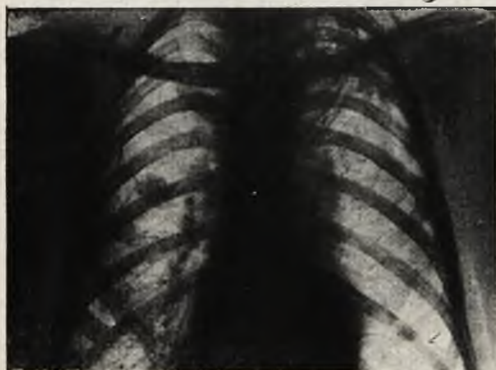
Dla dokładnego uwolnienia szczytu płuca od ściany klatki piersiowej i od śródpiersia oraz dla zepchnięcia go ku dołowi najlepiej zastosować cięcie powłok na tylnej ścianie klatki piersiowej na poziomie III albo IV żebra, którego kawałek wypada przy tym usunąć. Apikolizę zewnątrzopłucnową mniej dokładną można wykonać z cięcia pod pachą albo z cięcia na przedniej ścianie klatki piersiowej nawet bez wycinania żebra, wyłącznie przez międzyżebrze. Oddzielony od ściany klatki piersiowej szczyt płuca natychmiast się zapada, przez co powstaje sztucznie wytworzona jama zewnątrzopłucnowa o większych czy mniejszych wymiarach, wypełniona bezpośrednio po zabiegu głównie powietrzem. Jeżeli ranę operacyjną szczelnie zaszyjemy, powietrze to w krótkim czasie ulegnie wessaniu a szczyt płuca rozprostuje się. Aby tego uniknąć należy bądź powietrze w jamie zewnątrzopłucnowej stale uzupełniać przez wprowadzanie co pewien czas nowych jego ilości, to znaczy utrzymywać odmę zewnątrzopłucnową *(pneumothorax extrapleuralis* (rys. 14), bądź jamę od razu podczas operacji wypełnić taką zawartością, która by nie ulegała wchłanianiu, mogłaby się natomiast wgoić i pozostać na stałe, jako p l o m b a z e w n ą t r z o p ł u c n o w a (np. *paraffinothorax extrapleuralis* rys. 15).



Rys. 14. Odma zewnątrzopłucnowa (schemat).



Rys. 15. Plomba zewnątrzopłucnowa (schemat)





Rys. 14a Rentgen klatki piersiowej przed odmą zewnątrz-opłucnową (na lewo) i po jej wykonaniu (na prawo). Na zdjęciu na prawo widoczna duża bańka powietrza, poniżej której chore płuco jest spadnięte (wg. Schmidta).





Rys. 15a: Rentgen klatki piersiowej przed operacją plomby zewnątrzopłucnowej (na lewo) i po założeniu plomby (na prawo). Na zdjęciu na lewo widoczna jest jama w okolicy podobojczykowej prawej. Na zdjęciu na prawo szczyt chorego płuca jest uciśnięty przez plombę. Apikolizę w tym przypadku wykonano od przodu (przyp. własny).

Najwłaściwszym materiałem do plomby wydaje się dotychczas parafina. Plombę parafinową można przyrządzać w sposób podany przez Sauerbrucha, a miano-

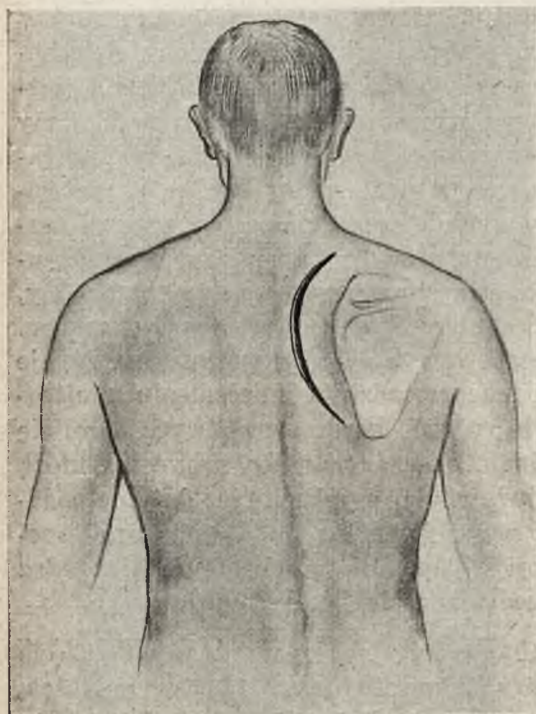
wicie: 75 g parafiny topniejącej przy 58° C miesza się z 25 g parafiny topniejącej przy 43°. Dla celów przeciwgnilnych i dla kontrolowania plomby promieniami Rentgena dodaje się do małej ilości powyższej mieszanki 3 — 5 gramów węglanu bizmutu oraz 0,1 wioformu i rozciera się przez ½ godziny, stopniowo dodając resztę parafiny [1]). Otrzymaną w powyższy sposób masę umieszcza się w wyjałowionym słoiku szklanym ze szczelną pokrywą i przez 3 dni z rzędu wyjaławia się parą w ciągu godziny za każdym razem. Takie stugramowe porcje plomby parafinowej w słoikach odpowiedniej wielkości można przechowywać przez czas dłuższy i mieć zawsze pod ręką do użycia. Bezpośrednio przed użyciem słoiki z zawartą w nich masą zostają ogrzane w wodnej kąpieli i wstrząsane, zanim masa nie stanie się jednorodną. W czasie operacji zawartość 2 — 3 słoików zostaje wylana na wyjałowiony talerz porcelanowy, gdzie stygnie, zanim nie dojdzie do właściwej spoistości; jest ona wtedy jednostajna, jasno-żółta, łatwo ugniatalna i bez trudu daje się wprowadzić do jamy zewnątrzopłucnowej. Kawałki dostatecznie wystygłej masy parafinowej wprowadzamy do jamy zewnątrzopłucnowej i ugniatamy je tam palcem tak, że w rezultacie powstaje jeden blok parafinowy, szczelnie jamę wypełniający.

[1]) Zaznaczyć należy, że zawartość w plombie bizmutu, który nie przepuszcza promieni X, nie wydaje się konieczna. Dodatnią stroną plomby parafinowo - bizmutowej, o ile sala operacyjna jest zaopatrzona w odpowiedni aparat Rentgena, byłaby możność łatwego sprawdzenia jeszcze podczas operacji ułożenia plomby i poprawienia jej ułożenia, jeżeli okazałoby się ono niewłaściwe. Do ujemnych zaś stron plomby kontrastowej zaliczyć należy w wielu razach trudność dokładnej oceny stopnia zapadnięcia się płuca po operacji, w szczególności zmian jamistych. Z tego względu godną polecenia wydaje się plomba składająca się wyłącznie z parafiny topniejącej przy 52 — 55° C. Parafina używana do plomby winna być wysokiej jakości i nie zawierać szkodliwych domieszek.

A p i k o l i z ę o d t y ł u wykonujemy w pewnych razach dla założenia plomby (szczególnie wtedy, gdy zmiany chorobowe w szczycie mieszczą się bliżej tylnej ściany klatki piersiowej), a zawsze u tych chorych, u których chcemy zastosować leczenie odmą zewnątrzopłucnową. Odma zewnątrzopłucnowa wymaga bowiem rozległego oddzielenia szczytu płuca od ściany klatki piersiowej i od śródpiersia nawet w tych przypadkach, gdzie zmiany chorobowe w płucu są ograniczone, a to dla ułatwienia wprowadzania powietrza do jamy zewnątrzopłucnowej za pomocą powtarzanych co pewien czas nakłuć klatki piersiowej i zmniejszenia niebezpieczeństwa uszkodzenia przy tym płuca igłą oraz dla uniknięcia zbyt częstych uzupełniań odmy, która nieraz wchłania się bardzo szybko. Operacje w większości przypadków udaje się przeprowadzić w znieczuleniu miejscowym; u osób bardzo wrażliwych może się jednak okazać potrzeba uśpienia, którą najwłaściwiej uzyskać przez dożylne podanie sennarkolu. Technika omawianej operacji wykonanej sposobem *J. Alexandra* przedstawia się jak następuje:

Chory leży na boku zdrowym. Cięcie skóry łukowate (rys. 16), wypukłością zwrócone do kręgosłupa biegnie między przykręgowym brzegiem łopatki a kręgosłupem, poczynając nieco poniżej górnego brzegu mięśnia kapturowego, a kończąc na poziomie kąta łopatki. Po przecięciu skóry i opięciu jej brzegów serwetami przecinamy mięsień kapturowy oraz równoległoboczne jak najbliżej kręgosłupa, w każdym razie przyśrodkowo od kątów żeber. Po dokładnym opanowaniu krwawienia z przeciętych mięśni odciągamy łopatkę nieco do boku. Obmacywaniem odszukujemy I żebro i ustalamy położenie że-

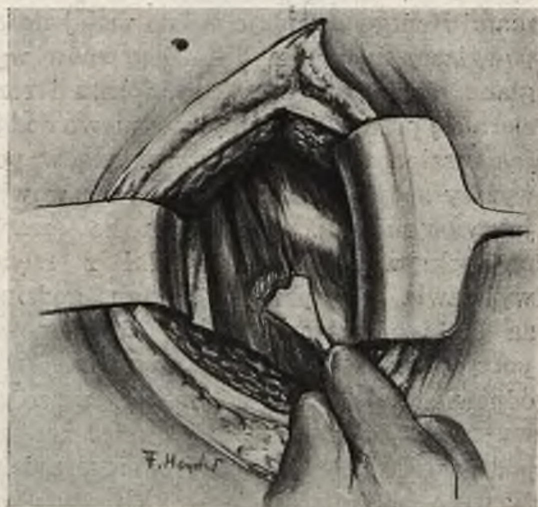
bra III. Teraz ostrą skrobaczką oddzielamy od IV i III żebra przyczepy mięśnia tylnego zębatego górnego (rys. 17) i przystępujemy do wycięcia kawałka III żebra. Wycięcia dokonujemy podokostnowo, bocznie od kąta żebra, a więc bocznie również od cięcia mięśni, aby móc następnie pokryć brak żebra mięśniami nieuszkodzonymi. Długość wyciętego kawałka żebra musi być dostateczna dla przepuszczenia palca, w każdym razie nie po-



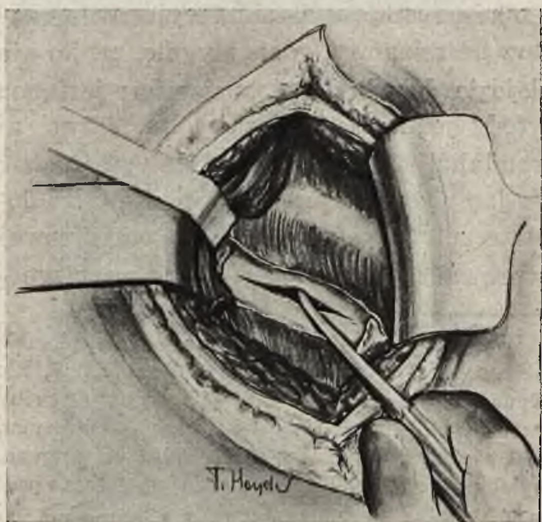
Rys. 16. Operacja J. Alexandra: Cięcie skóry półkoliste biegnie w swej części środkowej blisko kręgosłupa.

winna przekraczać 4 cm. Wycinanie dłuższego kawałka żebra niepotrzebnie tylko osłabia ścianę klatki piersiowej.

Teraz ostrożnie nacinamy okostnę pozostałą po usunięciu kawałka żebra, górny brzeg cięcia okostnej unosimy kleszczykami Kochera i uwidoczniamy dość luźną tkankę łączną (powięź śródpiersiowa) pokrywającą opłucnę ścienną. Do tej tkanki pod górny brzeg szczeliny w okostnej wprowadzamy zagięty koniec wąskiego i płaskiego unośnika (rys. 18), którym poruszamy ostrożnie na boki i w górę aż od-



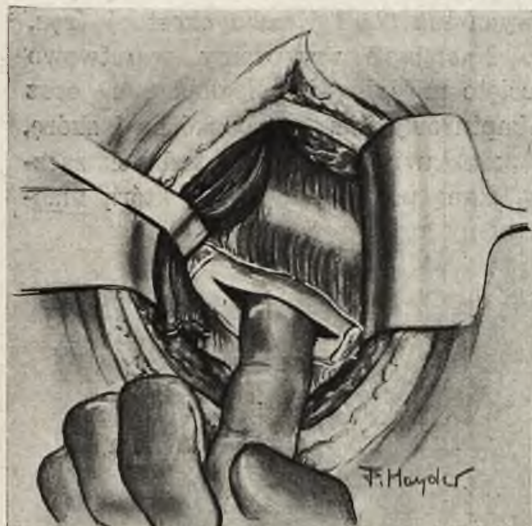
Rys. 17. Po przecięciu m. czworobocznego, równoległobocznego i po odsunięciu łopatki do boku uwidoczniają się górne żebra i mięsień zębaty tylny górny. Jego przyczepy do żebra zostają oddzielone ostrą skrobaczką.



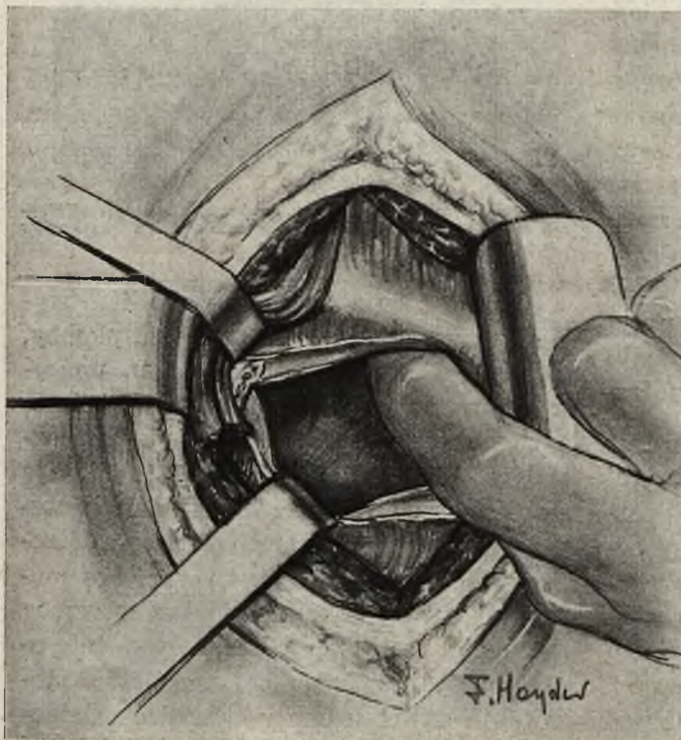
Rys. 18. Po wycięciu kawałka III żebra i po nacięciu okostnej między nią a głębiej leżącą opłucną ścienną zostaje wprowadzony koniec unośnika, którym wytwarza się mała początkowo przestrzeń zewnątrzopłucnowa. Hak Farabeufa odciąga w kierunku kręgosłupa oddzielone od żeber przyczepy mięśnia zębatego tylnego górnego.

dzielimy okostnę od powięzi śródpiersiowej i opłucnej ściennej na przestrzeni dostatecznej do wprowadzenia tam końca wskaziciela. Wskaziciel zwrócony brzuś-

cem do żebra i międzyżebrzy oddziela ostrożnie i stopniowo opłucnę ścienną wraz z leżącym pod nią szczytem płuca (rys. 19).



Rys. 19. Do niewielkiej wytworzonej zapomocą unośnika przestrzeni zewnątrzopłucnowej zostaje wprowadzony palec zwrócony opuszką do żeber.



Rys. 20 Palec poruszając się ku górze i na boki wytwarza jamę zewnątrzopłucnową potrzebnej wielkości.

Posuwając się stale w tej samej warstwie ku górze, na boki i ku dołowi oddzielamy całą tylną powierzchnię szczytu płuca wraz z pokrywającymi go i zrośniętymi obu blaszkami opłucnej. W podobny sposób postępujemy z boczną, przyśrodkową, przednią i górną częścią szczytu (rys. 20).

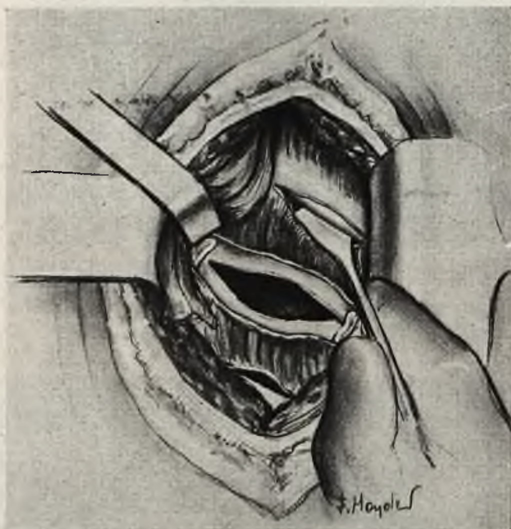
W tych razach, gdzie zmiany zapalne w płucu przeszły na ścianę klatki piersiowej i spowodowały rozwój zbitej albo bliznowej tkanki łącznej między opłucną ścienną a okostną żeber i mięśniami międzyżebrowymi, oddzielenie szczytu płuca drogą zewnątrzopłucnową może być bardzo utrudnione. Uciekanie się do nożyczek albo innych ostrych narzędzi dopuszczalne bywa jedynie wyjątkowo i to z zachowaniem największych ostrożności dla uniknięcia uszkodzenia płuca, śródpiersia, naczyń międzyżebrowych, podobojczykowych itp. W pewnych razach lepiej ograniczyć się do apikolizy niecałkowitej albo zupełnie z niej zrezygnować, niż narazić chorego na niebezpieczeństwo krwotoku albo zakażenia jamy zewnątrzopłucnowej. W większości wszakże przypadków zabieg udaje się wykonać dość łatwo. Krwawienie bywa nieobfite i ustaje samoistnie. W razie większego krwawienia z oddzielonej opłucnej ściennej i ściany klatki piersiowej wykładamy szczelnie jamę zewnątrzopłucnową pasami gazy, które usuwamy dopiero po upływie kilkunastu minut. Gdy sposób ten zawiedzie, tamponujemy gazą wytworzoną jamę zewnątrzopłucnową i ranę szczelnie zaszywamy, aby po upływie paru dni gazę zastąpić ciałem stałym albo powietrzem.

W celu założenia plomby oddzielamy szczyt płuca do poziomu IV żebra od tyłu, a do poziomu II żebra od przodu. Wytwa-

rzanie większej jamy zewnątrzopłucnowej wymagałoby wypełnienia jej plombą parafinową o rozmiarach bardzo dużych, o wadze przekraczającej 300 g, co mogłoby się okazać niebezpieczne. Natomiast w celu zastosowania odmy zewnątrzopłucnowej oddzielamy płuco do poziomu VI albo VII żebra od tyłu, do poziomu III żebra od przodu, a przyśrodkowo — do wnęki płuca.

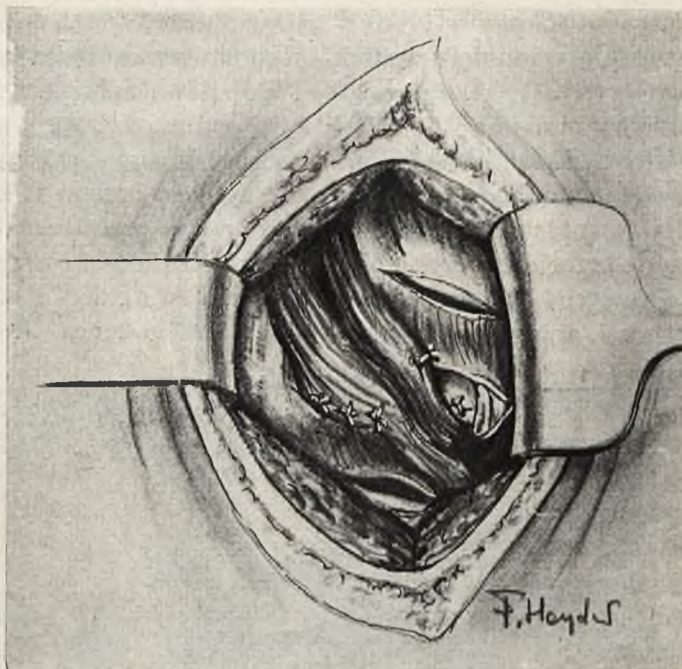
W tych razach, gdzie apikoliza służy do leczenia zmian w płucu za pomocą odmy zewnątrzopłucnowej, bezpośrednio po opanowaniu krwawienia, usunięciu z jamy zewnątrzopłucnowej skrzepów krwi i starannym jej osuszeniu kawałkami gazy, przystępujemy do zamknięcia otworu w ścianie klatki piersiowej i zeszycia powłok. Jeżeli zaś jamę zewnątrzopłucnową chcemy wypełnić ciałem stałym (plombą), wprowadzamy do niej kawałki odpowiednio przygotowanej masy parafinowej (patrz wyżej) i ugniatamy je palcem dostatecznie mocno, aby utworzyły one jeden blok. Szczelne wypełnienie jamy zewnątrzopłucnowej plombą doskonale tamuje krwawienie, zapobiega zebraniu się wysięku zarówno między plombą a ścianami jamy zewnątrzopłucnowej, jak też między poszczególnymi kawałkami parafiny. Do zaszycia otworu w klatce piersiowej przystępujemy dopiero po starannym usunięciu z rany drobnych cząsteczek parafiny,które przypadkowo tam się znalazły i po upewnieniu się, że masa parafinowa w jamie zewnątrzopłucnowej dostatecznie stwardniała.

Zamknięcie otworu w klatce piersiowej wymaga szczególnej dokładności zwłaszcza wtedy, gdy chory ma być leczony odmą zewnątrzopłucnową. Okostnę zeszywamy szwem ciągłym po uprzednim uruchomieniu sąsiednich międzyżebrzy przez odcięcie przyczepów mięśni międzyżebrowych zewnętrznych od żeber położonych tuż nad wyciętym kawałkiem żebra i bezpośrednio pod nim (rys. 21). Szew okostnej pokrywamy mięśniem zębatym tylnym górnym, którego przyczep do żeber III i IV oddzieliliśmy na początku operacji; obecnie przyczep ten przyszywamy do mięśni międzyżebrowych tuż poniżej szwu okostnej (rys. 22). Następnie zeszywamy warstwowo przecięte mięśnie równoległoboczne oraz m. kapturowy, tkankę podskórną i skórę, nie pozostawiając w ranie żadnych sączków. Ranę pokrywamy gazą, którą umocowujemy przylepcem.



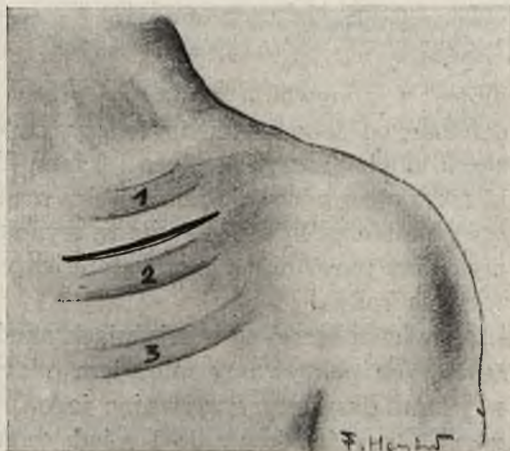
Rys. 21. Dla zaszycia szczeliny w okostnej sąsiednie międzyżebrza zostają uruchomione przez odcięcie ich przyczepów od żeber.

A p i k o l i z ę o d p r z o d u wykonujemy wyłącznie dla założenia plomby, najczęściej w przypadkach zmian umiejscowionych w częściach przednich i bocznych szczytu płuca, a przy tym niezbyt rozległych, dla leczenia których nie wydaje się konieczne rozległe oddzielenie szczytu płuca od ściany klatki piersiowej i zepchnięcie go ku dołowi. Operację tę można zazwyczaj uskutecznić bez potrzeby wycinania kawałków żebra, co wybitnie upraszcza jej wykonanie i umożliwia stosowanie nawet u chorych bardzo osłabionych. Najłatwiej zabieg ten wykonywać sposobem *L. Bérarda*.

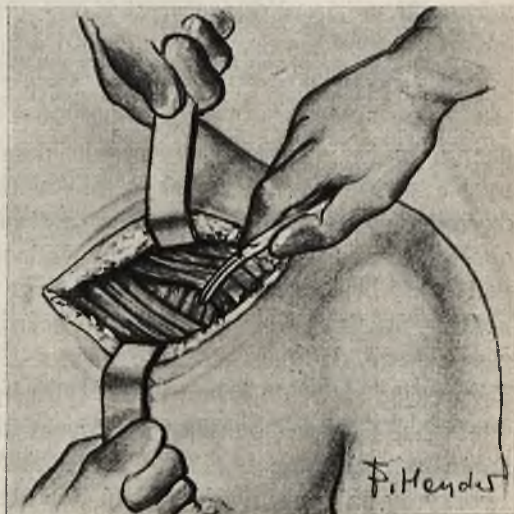


Rys. 22. Szczelina w okostnej została zaszyta, szew okostnej pokrywa mięsień zębaty tylny górny, przez to, że brzegi jego przyszyte zostają do międzyżebrzy sąsiadujących z żebrem, którego kawałek został wycięty podczas operacji.

Chory leży równo na plecach, z twarzą lekko zwróconą w stronę przeciwną do tej, gdzie ma być wykonany zabieg. Znieczulenie miejscowe ½% nowokainą. Prowadzimy poniżej i w odległości 1½ cm od obojczyka cięcie skóry długości 6 cm, nie dochodzące do brzegu mostka (rys. 23). Krwawienie z tkanki podskórnej i skóry starannie tamujemy, brzegi cięcia opinamy serwetami. Po przecięciu powięzi włókna

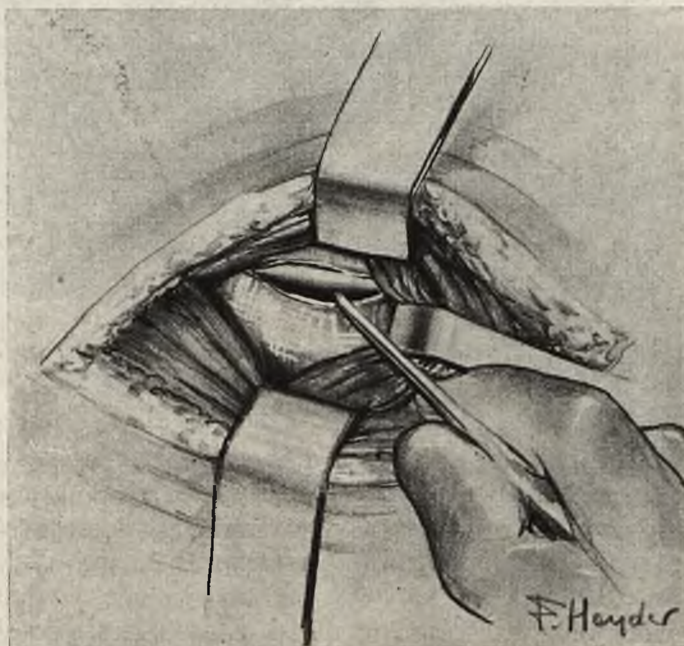


Rys. 23. Operacja sposobem L. Bérarda: cięcie skóry w I przestrzeni międzyżebrowej.



Rys. 24. M. piersiowy większy zostaje rozdzielony wzdłuż włókien. W głębi rany widoczny m. piersiowy mniejszy.

mięśnia piersiowego większego w środkowej części rany zostają rozsunięte wzdłuż przebiegu włókien (rys. 24), a leżący głębiej mięsień piersiowy mniejszy — odchylony do boku. Wtedy uwidacznia się pierwsze międzyżebrze wraz z dolnym brzegiem I żebra, który dla pewności ustalić należy dotykiem. Następuje przecięcie przyczepów mięśni międzyżebrowych tuż na samym dolnym brzegu żebra I, aby uniknąć uszkodzenia naczyń międzyżebrowych położonych nieco poniżej. Przyczepy mięśni międzyżebrowych przecinamy na przestrzeni około 1 cm, co wystarcza do wprowadzenia pod dolny brzeg I żebra lekko zagiętego na końcu, wąskiego i płaskiego unośnika, zwróconego dziobem do żebra (rys. 25). Trzymając się stale jaknajbliżej tylnej powierzchni I żebra poruszamy dziobem unośnika ostrożnie na boki i w górę, aż wytworzymy za żebrem przestrzeń dostateczną do wprowadzenia tam końca wskaziciela. Wskaziciel zwrócony brzuścem do żebra, i pozostający w ścisłym kontakcie z jego powierzchnią tylną, oddziela ostrożnie i stopniowo opłucnę ścienną wraz z leżącym pod nią szczytem płuca od przedniej i bocznej ściany klatki piersiowej do poziomu dolnego brzegu II żebra (rys. 26). Jeżeli wąska przestrzeń międzyżebrowa nastręcza trudności i brzeg żebra wrzyna się boleśnie w palec operującego, usuwamy dolny brzeg żebra kleszczami Luera. W miarę wykonywania apikolizy płuco oddzielone od żeber i międzyżebrzy zapada się, a między szczytem płuca i ścianą klatki piersiowej powstaje jama, która ma służyć plombie za łożysko. Jamę tę wypełniamy masą parafinową i przystępujemy do zeszycia rany.

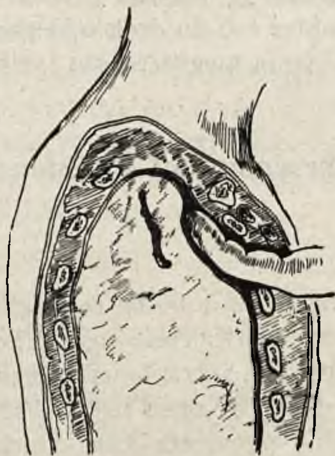


Rys. 25. Po odsunięciu m. piersiowego mniejszego do boku i po odcięciu na niewielkiej przestrzeni przyczepów mięśni międzyżebrowych od dolnego brzegu I żebra, unośnik wprowadzony za dolny brzeg I żebra i pozostający w ścisłym z nim kontakcie, poczyna oddzielać szczyt płuca z obu przyrośniętymi do płuca listkami opłucnej.

Niewielką szczelinę w mięśniach międzyżebrowych pokrywamy mięśniem piersiowym mniejszym, przyszywając jego brzeg górno - przyśrodkowy do I międzyżebrza. Następnie łączymy szwami węzełkowymi głębokie włókna mięśnia piersiowego więk-

szego, dalej włókna powierzchowne, powięź i skórę. Rany nie sączkujemy. Pokrywamy ją gazą, którą umocowujemy przylepcem.

Apikolizę zewnątrzopłucnową znoszą chorzy z reguły bardzo dobrze, co pozwala na stosowanie jej u osób osłabionych. Większy wstrząs pooperacyjny widuje się po operacji dokonanej od tyłu. Dolegliwości pooperacyjne łagodzimy, podając w pierwszych dniach po zabiegu pantopon kilka razy na dobę. Drugiego dnia po operacji robimy lawatywę, co ułatwia chorym oddychanie i poprawia ich samopoczucie.



Rys. 26. (schemat). Wskaziciel wprowadzony do przestrzeni zewnątrzopłucnowej wytworzonej zapomocą unośnika, posuwając się ku górze i na boki, oddziela szczyt płuca od przedniej powierzchni klatki piersiowej dla wytworzenia łożyska plomby.

Szczególnej troskliwości wymaga prowadzenie chorego w okresie pooperacyjnym, gdy zmiany w płucach mają być leczone odmą zewnątrzopłucnową. Tu kontrola klatki piersiowej promieniami Rentgena winna być rozpoczęta jak najwcześniej (pierwszego albo drugiego dnia po zabiegu) i powtarzana początkowo codziennie. Płyn wysiękowy, jaki zbiera się w jamie zewnątrzopłucnowej po operacji, należy usuwać za pomocą nakłuć, a objętość powietrza w jamie odpowiednio często uzupełniać nowymi jego ilościami, w przeciwnym razie pojemność jamy znacznie zmaleje i zabieg chybi celu. Dlatego też przykre powikłanie stanowi w tych razach powstanie w jamie krwiaka, ponieważ skrzepów krwi nakłuciem usunąć niepodobna. W razie zastosowania plomby parafinowej pierwsze badanie promieniami Rentgena wykonujemy po 7 — 10 dniach.

W pierwszych dniach po operacji apikolizy, niezależnie od sposobu jej wykonania i od tego, czy jamę zewnątrzopłucnową wypełniono powietrzem czy parafiną, występuje gorączka, przyspieszenie tętna i oddechu. Objawy te tłumaczymy głównie dostaniem się do krwiobiegu większych ilości jadów gruźliczych wskutek nagłego zapadnięcia chorej tkanki płucnej. Częstym zjawiskiem są również bóle w ramieniu i w okolicy łopatki po stronie operowanej, wywołane bądź uciskiem plomby na splot barkowy, bądź pewnym urażeniem go podczas zabiegu. Objawy te ustępują zazwyczaj już po 4 — 5 dniach.

Dłużej trwająca gorączka może mieć za przyczynę zmiany zapalne w drogach oddechowych natury swoistej albo nieswoistej, częściej wszakże zakażenie jamy zewnątrzopłucnowej. Do zakażenia łatwiej dochodzi, gdy apikoliza jest rozległa (od tyłu) oraz tam, gdzie jamy zewnątrzopłucnowej nie wypełniono masą parafinową. Plomba parafinowa szczelnie wypełniająca jamę zewnątrzopłucnową w dużym stopniu zapobiega zbieraniu się w niej krwi i wysięku, posiada poza tym ze względu na swój skład pewne działanie przeciwgnilne. Stwierdzony w większej ilości w jamie zewnątrzopłucnowej albo w powłokach płyn wysiękowy usuwamy przez nakłucie. Jeżeli jest on jałowy, albo zakażenie jest łagodne, sprawę często w ten sposób udaje się opanować. Gdy zakażenie posiada cechy złośliwe, wypada ranę rozpruć, jamę zewnątrzopłucnową sączkować, masę parafinową przy tym usunąć częściowo lub całkowicie.

Po operacji odmy zewnątrzopłucnowej

liczyć się należy ponadto z rozedmą podskórną, która niekiedy osiąga stopień tak znaczny, że uzupełnienie odmy jest przeciwwskazane. Doprowadzić to może łatwo do zmniejszenia jamy zewnątrzopłucnowej albo nawet do całkowitego rozprostowania płuca. W przypadkach zastosowania plomby parafinowej przy jamie opłucnej zarośniętej niecałkowicie wchodzić może w rachubę w pierwszych dniach po operacji przebicie się masy parafinowej do wolnej jamy opłucnej i spowodowanie w niej stanu zapalnego z obecnością wysięku, który łatwo ulega zakażeniu. Powikłania takiego daje się uniknąć przez stosowanie plomb, których waga nie przekracza 300 g i przez przystępowanie do zabiegu jedynie po upewnieniu się, że jama opłucnej jest zarośnięta przynajmniej w górnej połowie klatki piersiowej.

Powikłania późniejsze w przypadkach odmy mogą się pojawić w postaci późnego zakażenia jamy zewnątrzopłucnowej oraz częściowego albo całkowitego jej zarośnięcia. Możliwość takich powikłań jest bardzo duża, jeżeli się zważy, że odmę należy podtrzymywać przez kilka lat. Z późnych powikłań występujących po operacji plomby parafinowej wymienić należy zakażenie jej łożyska i przebicie się jej na zewnątrz lub do dróg oddechowych; są to powikłania niegroźne dla życia chorego.

Pneumonolysis in the treatment of tuberculosis of the lungs

by

W. Ostrowski.

S U M M A R Y.

When pleural adhesions are present and the pneumothorax cannot be performed the best method of treatment of the tuberculous cavities of the lung is the thoracoplasty. Occasionally for this or other reason the thoracoplasty is contraindicated. In such cases the collapse of the lung can be obtained by the other surgical procedures. The author describes some operations which hawe as aim the separation of the lung from the thoracic cage. These operations are: the intrapleural pneumonolysis by the closed or open method and the extrapleural pneumonolysis which can be performed in order to proceed to the extrapleural pneumothorax or the extrapleural filling.

K A Z U I S T Y K A

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: *Doc. Jan Zaorski.*

Przyczynek do trudności rozpoznawczych gruźlicy kątnicy

podał

Henryk Jabłkowski.

U chorych zgłaszających się z dolegliwościami w jamie brzusznej, szczególnie kiedy przebiegają one z upośledzoną czynnością przewodu pokarmowego, w pierwszym rzędzie poszukujemy schorzenia wyrostka robaczkowego. W wielu jednak razach, mimo że objawy chorobowe umiejscawiają się w okolicy wyrostka, schorzenie dotyczy na-

rządów sąsiednich, jak kątnicy, jajnika, jajowodu, moczowodu prawego, nerki itd. Sprawy chorobowe rozwijające się w wymienionych narządach mogą przebiegać ostro lub przewlekle.

Do schorzeń przebiegających przewlekle należy przede wszystkim zaliczyć g r u ź l i c ę k ą t n i c y. Rozpoznanie tego schorzenia, mimo istnienia wielu prób i badań specjalnych, przedstawia niejednokrotnie bardzo duże trudności. Przed zabiegiem operacyjnym bywa ona rozpoznawana zaledwie w 31% przypadków, mimo iż gruźlica jelit w 86% przyp. *(Fervick, Dodvell)* sadowi się w kątnicy.

Gruźlica kątnicy może pochodzić z przewodu pokarmowego lub może rozwinąć się tu drogą naczyń chłonnych albo z sąsiedztwa. Występuje ona pod dwiema postaciami: owrzodzeń lub guzów.

Najczęściej gruźlica sadowi się w kępkach chłonnych Payera, zwłaszcza na zastawce Bauhina. Świeże owrzodzenia gruźlicze powiększają się w kierunku poprzecznym do długiej osi jelita (w przeciwieństwie do owrzodzeń tyfusowych), wskutek szerzenia się naczyniami chłonnymi, przebiegającymi w tymże kierunku. Z czasem grudki chłonne serowacieją, rozpadają się, tworząc owrzodzenia; zlewając się tworzą one w dalszym rozwoju choroby duże, okrągłe owrzodzenia, obejmujące światło całego jelita, o grubych, obrzękłych, podminowanych brzegach. Dno takich owrzodzeń pokryte jest licznymi świeżymi, szarobiałymi lub żółtawymi gruzełkami. Cechą charakterystyczną dla jelitowych owrzodzeń gruźliczych jest to, iż w ich obrębie stosunkowo rzadko dochodzi do przedziurawienia ściany jelita. Przyczyna tego leży w tym, iż zmiany gruźlicze powodują przewlekłe zapalne bujania i zgrubienia ścian. Wobec tego, kiedy owrzodzenie zacznie tylko drążyć w głąb ściany, powstają na surowicówce grupki małych, gruźliczo zmienionych nalotów, które sprzyjają powstawaniu zrostów, zabezpieczających przed przedziurawieniem. Te naloty przez swój rozpad mogą ze swej strony dać początek dalszemu rozwojowi schorzenia, np. gruźliczemu zapaleniu otrzewnej.

Gruźlicze guzy kątnicy, podobnie jak większe dobrotliwe guzy jelita grubego, powodują zwężenie jego światła, skręty i zagięcia jelit, a czasem objawy podobne do raka jelit. Guzy kątnicy należy różnicować z nowotworami sieci, krezki, nerki, jajnika, jajowodu, macicy, pęcherza itd. Trudności przy różnicowaniu wzrastają wobec istnienia zrostów guza z otoczeniem.

Duże usługi przy różnicowaniu guzów brzucha daje wypełnianie jelit powietrzem. Guzy żołądka, wątroby i woreczka żółciowego unoszą się wtedy ku górze, co ułatwia odgraniczenie ich od poprzecznicy. Śledziona unosi się do góry i na lewo. Nerka ruchoma, przy braku dookoła niej zrostów, wraca na miejsce swego normalnego położenia; przy większym zaś nadęciu jelit stłumienie jej znika zupełnie. Guzy sieci przez nadęcie jelit zbliżają się do przedniej ściany jamy brzusznej i zsuwają nieco w dół. Czasem kamienie kałowe imitują guzy chorobowe. Przy ucisku takich guzów ma się uczucie lepkości, a wypuk nad nimi jest przytłumiony.

R a k a j e l i t a g r u b e g o spotykamy najczęściej u ludzi powyżej 40. roku życia, przy czym należy podkreślić, że schorzenie to latami całymi może nie dawać żadnych objawów ani dolegliwości. Dlatego każde krwawienie z jelit winno budzić obawę istnienia nowotworu. Porównawczo rak najczęściej usadawia się w odbytnicy, w esicy, w kątnicy, a w rzadkich przypadkach w jelicie cienkim.

Powiększając się guz rakowy oraz guzy dobrotliwe dają następujące objawy: zwężenie jelit, mniejsze lub większe rozdęcie

ich odcinków dośrodkowych, kolki, złe samopoczucie, czasem wymioty. Niekiedy guzy, działając jako ciało obce, powodują stany spastyczne jelit, zagięcia, skręcenia lub wgłobienia. Rozwijający się nowotwór może prowadzić do zalegania kału, który wtedy rozkłada się, a wydobywające się gazy posiadają wstrętną woń. Rozpadające się owrzodzenia rakowe drażnią okoliczną śluzówkę, wywołując jej stan zapalny. W kale można znaleźć wtedy śluz i ropę, a nawet komórki rozpadającego się guza.

Objawy przemawiające za złośliwością są następujące: niedokrewność, wychudzenie, obecność przerzutów do gruczołów o budowie podobnej do gruczołów śluzówki macicy, z przerostem mięśni gładchłonnych lub do innych narządów, jak do wątroby, sieci, otrzewnej, obecność puchliny brzusznej i in.

Duże podobieństwo do raków wykazuje schorzenie *endometriosis v. adenomyosis* jelit, polegające na przeroście gruczołów, o budowie podobnej do gruczołów śluzówki macicy, z przerostem mięśni gładkich. Adenomyosis nasila się podczas krwawień miesięcznych, co powoduje z kolei w tym czasie większe zwężenie światła jelit i większe zaparcie stolca. Jest to najważniejszy objaw, który, o ile występuje wyraźnie, świadczy przeciw nowotworowemu charakterowi guza. W ostateczności rozstrzyga otwarcie jamy brzusznej i badanie mikroskopowe wycinków guza.

P r o m i e n i c a j e l i t a g r u b e g o bardzo często umiejscawia się w kątnicy i wyrostku robaczkowym. Połknięty grzybek promienicy sadowi się w podśluzówce, po czym tworzą się duże zapalne, rozmiękające guzy, przebijające się bądź ku powierzchni powłok brzusznych, bądź do światła jelit, bądź też do otrzewnej i pociągające za sobą powstawanie przetok. Wykrycie w kale grzybków promienicy ustala właściwe rozpoznanie.

K i ł a t r z e c i o r z ę d n a powoduje na śluzówce rozsiane stany zapalne, o włóknistych przerostowych zmianach. Tego rodzaju zapalne guzy powodują zwężenie światła jelit i objawy podobne do raka jelit. Dokładniejsze badanie fizykalne i laboratoryjne umożliwiają potwierdzenie lub wyłączenie kiły.

Przy b i a ł a c z c e i pseudo - białaczce obrzmiewa czasem aparat chłonny jelit, dzięki nacieczeniu przez ciałka białe oraz dzięki bujaniu komórkowemu. Nasilenie tych objawów może być tak duże, że mogą powstawać twory podobne do guzów. Obraz krwi przechyla szalę rozpoznania tych guzów.

Guz w okolicy kątnicy może powstać w następstwie ograniczonego zapalenia otrzewnej po ostrym z a p a l e n i u w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o. Zapalenie otrzewnej posiada wtedy charakter plastyczny: wytwarza się duża ilość włóknika, spajająca z wyrostkiem sąsiednie narządy (jelita, sieć) w jeden prawie nierozerwalny splot. Tworzeniu się takiego guza towarzyszy szereg innych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, jak wysoka ciepłota, szybkie tętno, bolesność uciskowa otrzewnej, co się wyraża twardością i nieruchomością powłok brzusznych. Pod wpływem odpowiedniego leczenia guz zapalny pochodzenia wyrostkowego po kilku lub kilkunastu dniach wyraźnie się zmniejsza, staje się ruchomym, mniej bolesnym, ciepłota spada. Szybkość powstania guza wśród objawów ogólnych zapalenia, następnie jego ustępowanie pod wpływem leczenia — oto zasadnicze cechy różniące go od guza kątnicy pochodzenia nowotworowego lub gruźliczego.

Jako momenty sprzyjające tak częstemu umiejscawianiu się gruźlicy w jelicie ślepym wysuwają jedni autorzy budowę anatomiczną kątnicy oraz dłuższe zaleganie w niej kału, co powoduje z kolei podrażnienie chemiczne i bakteryjne jej ścian. Inni upatrują przyczynę w zmianach wstecz-

nych układu chłonnego okołokątniczego. Szereg autorów podkreśla, iż przebyte cierpienia przewodu pokarmowego, jak zapalenie jelit, dur brzuszny, czerwonka, wybitnie usposabiają do gruźlicy kątnicy. Niektórzy wreszcie doszukują się związku między zapaleniem gruźliczym wyrostka robaczkowego, a następowym schorzeniem kątnicy.

G r u ź l i c a w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o (w. r.) według *Warwicka* spotyka się w 1,5 — 3% przypadków. *Nahren* na 515 przypadków miał 27 przyp. gruźlicy wyrostka (ok. 5%). Gruźlica wyrostka, podobnie jak gruźlica kątnicy, może być sprawą pierwotną lub wtórną, przy czym w tym ostatnim wypadku zakażenie pochodzi z narządów sąsiednich, jak z gruczołów krezkowych, z innych odcinków jelit, z narządów rodnych itd. Gruźlica w. r. posiada z punktu widzenia anatomo-patologicznego trzy postacie: p o s t a ć p r o s ó w k o w ą, będącą wyrazem zakażenia całego ustroju, p o s t a ć p r z e r o s t o w ą — najrzadszą, charakteryzującą się naciekiem i niewielkim zserowaceniem tkanek, oraz p o s t a ć w r z o d z i e j ą c ą — najczęstszą, obejmującą zazwyczaj i inne części jelita. Zapalenie gruźlicze w. r. częściej spotyka się w wieku młodzieńczym, kiedy to i inne zmiany gruźlicze są częstsze, przy czym, według *Silwestra,* u gruźlików 20 — 28% przewlekłych zapaleń w. r. stanowią zapalenia gruźlicze. Izolowanego gruźliczego zapalenia w. r. nie można rozpoznać wskutek jego rzadkości oraz wskutek mniej lub więcej ostrego stanu zapalnego wyrostka, który imituje banalny, przewlekły stan zapalny.

To samo dotyczy guzów nowotworowych w. r., które należą do rzadkości, dając objawy podobne do przewlekłego lub zaostrzonego zapalenia.

Na tle powyższym historia naszej chorej przedstawia się następująco:

Chora lat 39 przybyła do szpitala dnia 28.IX 1937 r. ze skargami na brak łaknienia, złe samopoczucie, spadek wagi, oraz ze skargami na bóle brzucha umiejscowione w prawym dole biodrowym, które odczuwa już od 2-ch lat. W tym czasie straciła na wadze 25 kg.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie średnie, ciepłota 36.6", tętno dobrze wypełnione i napięte, 80/min. Płuca opukowo i osłuchowo w zakresie normy. Tony serca czyste, nieco głuchawe.

Brzuch wysklepiony prawidłowo. Wątroba i śledziona nie macalne. Dno żołądka opuszczone na szerokość dwóch palców poniżej pępka. Żywa bo-



Rys. 1.

lesność uciskowa w prawym dolnym kwadrancie brzucha. Podczas uciskania tej okolicy odczuwa się kruczenie kątnicy.

Badania laboratoryjne wykazały: leukocytoza 7.500 (81% wielojądrzastych), erytrocytów 4.000.000, hb — 75%. Index Hb 0.93. Kilkakrotne badanie kału na obecność krwi i prątków wypadło ujemnie.

Badanie radiologiczne przy doustnym podaniu papki barytowej, poza opuszczeniem żołądka wykazało, iż kątnica zawiera mało treści, wypełnienie jej jest nieregularne, jest słabo przesuwalna i bolesna na nacisk. Wyrostek robaczkowy nie wypełnił się. Wlew kontrastowy wypełnił szybko całą okrężnicę (ryc. 1.). Prostnica, esica, zstępnica i

poprzecznica wypełnione prawidłowo. Kątnica początkowo skurczona, wypełnia się małą ilością kontrastu. Później pod zwiększonym ciśnieniem kątnica rozszerza się i wykazuje szerokość prawidłową. Jedynie przyśrodkowa część dna kątnicy, w okolicy odejścia wyrostka robaczkowego, jest jakby sztywna i ma zarys nieregularny. Okolica ta i okolica wyrostka są bolesne przy uciskaniu (ryc. 2).

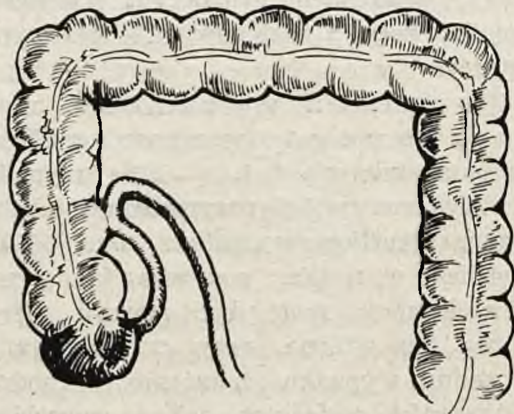
Rozpoznanie radiologiczne: *gastro-enteroptosis, appendicitis chronica adhaesiva.* Na podstawie badań klinicznych i laboratoryjnych — jakkolwiek brano pod uwagę gruźlicę kątnicy, to jednak wobec rentgenogramu, który zwykle jest bardzo charakterystyczny dla tego schorzenia oraz wobec ujemnych wyników innych badań laboratoryjnych — zatrzymano się na rozpoznaniu *appendicitis chronica adhaesiva.*



Rys. 2.

Po odpowiednim przygotowaniu chorą poddano operacji *(doc. Zaorski)* w uśpieniu ewipanowym (13 cm³). Cięcie skórne Jalaguiera. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono przyrośnięcie pętli jelita cienkiego do wstępnicy, oraz guz kątnicy (rys. 3). Po założeniu zespolenia „bok do boku" jelita cienkiego z poprzecznicą, przecięto jelita i na kikuty poprzecznicy i jelita biodrowego założono szwy dwupiętrowe, które obszyto siecią (rys. 4). Następnie wycięto odciętą uprzednio część jelita krętego, całą wstępnicę i część poprzecznicy (rys. 5). Po starannym zaszyciu otrzewnej, powłoki zeszyto szczelnie.

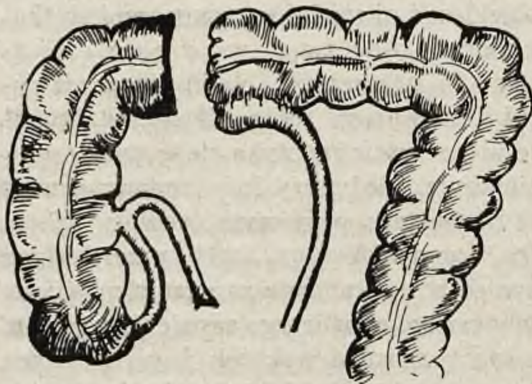
Wycinki jelit były następującej długości: jelita grubego — 15 cm, cienkiego — 10 cm. Dolnotylna ściana kątnicy zawierała guz szarawy, wielkości pięści dziecka, o spoistości zbitej. Otoczenie jego było silnie nacieczone. Wyrostek robaczkowy był całkowicie wtopiony w guz, tak że nie udało go się wcale odnaleźć.



Rys. 3.

Badanie drobnowidzowe wykazało nietypową postać gruźlicy.

Przebieg pooperacyjny gładki. Chorą wypisano 25.X 1937 z zaleceniem dalszej kuracji klimatycznej.



Rys. 4.

U chorych z gruźlicą kątnicy operację wykonujemy jedno- lub dwuczasowo. W przypadkach lżejszych usuwamy kątnicę jednoczasowo; jest to najlepszy sposób operowania, gdyż dzięki niemu usuwamy doszczętnie ognisko chorobowe, pozostawiając drożność przewodu pokarmowego.

Z pierwszego aktu, tj. z zespolenia międzyjelitowego z czasowym pozostawieniem chorej kątnicy, korzystamy wówczas, gdy stan chorego nie pozwala na jednoczasowe wycięcie. Wartość tego zabiegu jest jednak dosyć względna, gdyż w organizmie



Rys. 5.

pozostaje ognisko gruźlicze. Następnie część pokarmu, przechodząca przez kątnicę mimo istniejącego zespolenia, drażni ją w dalszym ciągu i nie pozwala na gojenie się sprawy chorobowej. Dlatego też z chwilą poprawy ogólnego stanu chorego należy wykonać drugi akt, czyli właściwy zabieg — całkowite wycięcie kątnicy.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, trudności rozpoznawcze gruźlicy kątnicy są duże. Szereg jej objawów, jak ogólne osłabienie, brak łaknienia, przemijające bóle brzucha, długotrwałe zaparcia stolca naprzemian z biegunkami, a nawet krwawienie z jelit, są objawami dość względnymi. Pewniejszym już objawem jest wyczucie guza w okolicy kątnicy, zwężenie jej światła, charakterystyczny obraz rentgenowski, obecność prątków w kale itp.

Na zakończenie tych kilku uwag na temat gruźlicy kątnicy musimy podkreślić, iż u naszej chorej, mimo badań laboratoryjnych, nie postawiliśmy przed operacją właściwego rozpoznania, gdyż:

1) nie znaleźliśmy w kale ani prątków, ani krwi;
2) badanie radiologiczne przemawiało raczej za przewlekłym stanem zapalnym w. r. ze współistniejącymi zrostami kątnicy;
3) nie wyczuliśmy guza, gdyż nacieczenie dotyczyło tylko tylnej ściany kątnicy, przylegającej do okolicy biodrowej, a ponad nim reszta ścian kątnicy była zdrowa, o normalnej grubości.

Reasumując powiemy, iż mimo wykonania wszystkich ogólnie stosowanych środków badania, zarówno fizykalnych jak i laboratoryjnych, mogą zdarzyć się chorzy, u których gruźlicze zapalenie kątnicy rozpoznajemy dopiero po otwarciu jamy brzusznej, a czasem dopiero po zbadaniu histopatologicznym.

PIŚMIENNICTWO:

Haberland. Die Differentialdiagnose chirurgischer Erkrankungen, einschliszlich der Grenzgebiete. 1935. Str. 711 — 735. *Hallosi.* Zentralblatt für Chirurgie. 1937. Nr 46. Str. 2615. *Wojciechowski.* Podręcznik chirurgii. 1937. Str. 468. *Ostrowski.* Przegląd chirurgiczny. 1926. *Tomaszewski.* Gazeta lekarska. 1925. *Kossakowski.* Pediatria Polska. 1936 Nr 6. *Hroboni.* Pediatria Polska. 1936. Nr 4.

SPRAWOZDANIA

Leczenie gruźlicy chirurgicznej w Leysin i Berck

podali

Dr W. Łążyńska i dr J. Kossakowski.

Leysin i Berck, dwa najbardziej słynne uzdrowiska klimatyczne, są dobrze znane szerszemu ogółowi lekarzy, a metody tam stosowane są wyczerpująco opisane w obszernym piśmiennictwie, omawiającym leczenie gruźlicy kostnej.

Dlatego też w niniejszym sprawozdaniu ograniczymy się jedynie do przedstawienia niektórych spostrzeżeń, które podczas krótkiego pobytu w tych miejscowościach udało się nam poczynić.

LEYSIN.

Leysin położone jest w Alpach Szwajcarskich na wysokości 1300 — 1800 m nad poziomem morza. Na zboczach gór, pokrytych lasami, malowniczo rozrzucone są piękne wille oraz liczne sanatoria (rys. 1). Dojeżdża się do Leysin ze stacji kolejowej Aigle, znajdującej się u podnoża gór, kolejką zębatą lub też autobusem — szosą



Rys. 1. Leysin — widok ogólny.

wijącą się serpentyną po zboczach. Leysin znane jest jako stacja klimatyczna od lat przeszło trzydziestu, to jest od roku 1903, kiedy to *dr Rollier* założył tu pierwsze swe sanatorium, istniejące do dzisiaj pod nazwą „Le Chalet". Z biegiem czasu przybywało coraz więcej zakładów leczniczych i w chwili obecnej Leysin posiada pokaźną ich liczbę. Oprócz prywatnych lecznic, urządzonych mniej lub więcej luksusowo, znajdują się tu niezbyt drogie sanatoria dla osób mniej zamożnych.

Większość zakładów leczniczych w Leysin znajduje się pod kierownictwem *prof. Rolliera,* jakkolwiek w ostatnich czasach poza jego uczniami przybyła do Leysin dość znaczna liczba innych lekarzy, którzy prowadzą oddzielne sanatoria.

W zakładach *Rolliera* poszczególni jego asystenci mają pod swoją opieką po jednej lub po kilka klinik. Lekarz odwiedza każdego chorego 2 — 3 razy w tygodniu, a w razie potrzeby nawet kilka razy dziennie. *Rollier* przeciętnie dwa razy na miesiąc odbywa wizytę we wszystkich zakładach i sanatoriach, zapoznając się ze stanem zdrowia chorych oraz z wynikami badań dodatkowych.

Należy podkreślić wysoki poziom fachowy pielęgniarek w Leysin, które przeważnie są absolwentkami szkoły w Lozannie. Pielęgniarki spełniają przy chorych szereg odpowiedzialnych czynności — nakładają wyciągi, robią opatrunki itp. Mimo dużego przeciążenia pracą, są one bardzo chętne, uprzejme i nadzwyczaj sumienne, a przy tym dyscyplinowane, gdyż o najdrobniejszych zmianach w stanie zdrowia chorych zawiadamiają natychmiast lekarza ordynującego, nigdy nie wydając żadnych zarządzeń na własną rękę.

Zasady leczenia w zakładzie *Rolliera* polegają na stosowaniu skrajnie zachowawczych metod, a mianowicie leczenia klimatycznego, naświetlania promieniami słońca, miejscowo zaś — unieruchomienia stawów za pomocą stałych wyciągów.

Rollier jest przeciwnikiem stosowania wszelkich zabiegów operacyjnych w przebiegu gruźlicy kostnej. Posuwa się on tak daleko, że nawet unika nakłuć i opróżnień ropni opadowych, uciekając się do tego zabiegu jedynie w ostateczności, gdy ropień grozi już przebiciem przez skórę. Każdy przybywający na kurację do Leysin zostaje przede wszystkim bardzo dokładnie i wszechstronnie zbadany, po czym — w razie potrzeby — unieruchomiony przy pomocy stałych wyciągów plastrowych, zakładanych według ogólnie znanych sposobów. Po pewnym czasie, gdy okaże się, że chory dobrze znosi klimat wysokogórski, zostaje on wywożony na werandę, gdzie przebywa początkowo w cieniu, po czym stopniowo poddawany bywa działaniu promieni słońca. Ogólną zasadą naświetlań, przestrzeganą ściśle w Leysin, jest stosowanie ich b e z p o ś r e d n i e t. j. wprost na nieosłoniętą skórę chorego, s t o p n i o w e zarówno co do czasu trwania, jak i powierzchni naświetlanej oraz o g ó l n e, czyli obejmujące z czasem całe ciało. Naświetlania zawsze zaczyna się i kończy się na stopach chorego: (szczegóły — patrz tabela, rys. 2). Leczenie promieniami słońca *Rollier* stosuje we wszystkich przypadkach gruźlicy kostno - stawowej w różnych okresach i rozmaitych stopniach nasilenia cierpienia. Ze schorzeń gruźliczych innych narządów dobre wyniki spostrzegano w gruźlicy otrzewnej, zwłaszcza w jej postaci wysiękowej, jakkolwiek również w postaci zlepnej występowało szybkie znikanie nacieków pod wpływem naświetlania, ograniczonego do kończyn dolnych. W gruźlicy nerki *Rollier* zaleca przygotowawcze naświetlanie promieniami słońca w ciągu paru tygodni przez zabiegiem operacyjnym. Dobre wyniki po naświetlaniu uzyskiwano również w przypadkach gruźlicy skóry i narządów moczowo - płciowych (tbc. jądra i najądrza) oraz gruźliczych przetok. Jedno dziecko z przetoką pępkową nie gojącą się od pięciu lat, przedstawiono na obchodzie w klinice Le Chalet, przy czym zmiana miejscowa była wygojona niemal bez śladu.

Rollier jest gorącym zwolennikiem stosowania naświetlań również w szeregu innych schorzeń o charakterze nieswoistym, a mianowicie: w przebiegu przewlekłego

naświetlania słońcem

1	2	3	4	5	6	7
				5	10	15
			5	10	15	20
		5	10	15	20	25
	5	10	15	20	25	30
5	10	15	20	25	30	35

minuty

Rys. 2. Tabela czasu naświetlań.

zapalenia szpiku kostnego, w przypadkach opornie gojących się ran, jak np. owrzodzenia żylakowe podudzia, w oparzeniach, gdzie naświetlanie wpływa łagodząco na bóle oraz powoduje wytworzenie się ładnej blizny, po złamaniach kości — co ma przyspieszać zrost, oraz w wielu innych cierpieniach. Zapobiegawczo stosowane bywają w Leysin naświetlania przy schorzeniach na tle krzywicy, niedorozwoju mięśni, płaskich stopach itp.

Przeciwwskazanie do kąpieli słonecznych stanowią: wysiękowa postać gruźli-

cy płuc, niewyrównane wady serca, nadciśnienie tętnicze oraz zapalenie nerek i mocznica.

Wpływ promieni słonecznych dociera do wszystkich tkanek naświetlanego osobnika, działając nie tylko miejscowo, lecz również ogólnie, na cały ustrój. Najbardziej rzuca się w oczy rozwój mięśni, występujący po dłuższym naświetlaniu skutkiem przepływu większej ilości krwi z warstw głębszych ku skórze. Zwłaszcza wyraźnie występuje to zjawisko u chorych na gruźlicę kręgosłupa, u których dobrze rozwinięte mięśnie pleców przypominają raczej muskulaturę sportowców, niż ozdrowieńców.

Należy podkreślić, że leczenie naświetlaniem w Leysin stosowane jest niezmiernie oględnie i z zachowaniem szeregu ostrożności. W początkowych okresach kuracji chorzy są często badani i w razie wystąpienia jakichkolwiek objawów niepokojących — ogólnych czy miejscowych — naświetlania są natychmiast ograniczane co do czasu i powierzchni, lub też w ogóle przerywane. Ognisko gruźlicze, zwłaszcza w okresach początkowych, nie bywa naświetlane, spostrzegano bowiem często żywe odczyny miejscowe w postaci obrzęku i bolesności. W razie istnienia przetok, naświetlają je po uprzednim wprowadzeniu drenu gumowego w celu zapobieżenia zbyt wczesnemu i powierzchownemu ich zasklepianiu się.

Uzupełnieniem kuracji w Leysin, poza racjonalnym odżywianiem, jest gimnastyka prowadzona według systemu *Margaret-Morris.* Wychodząc z założenia, że po długich okresach unieruchomienia mięśnie ulegają zanikowi, wprowadzono w sanatoriach w Leysin ćwiczenia gimnastyczne. Pacjenci w takt muzyki pod kierownictwem instruktora wykonują zdrowymi kończynami szereg rytmicznych ruchów; należy przy tym zaznaczyć, że robią to bardzo chętnie. Stosowanie tej metody równocześnie z naświetlaniami, zapobiega powstawaniu zaników mięśniowych i sprawia, że chorzy nawet po bardzo długotrwałych okresach unieruchomienia, mogą wcześniej rozpocząć chodzenie o własnych siłach. Ćwiczenia gimnastyczne są stosowane w każdym przypadku indywidualnie i rozpoczyna się je stopniowo od ruchów wykonywanych tylko zdrową kończyną, aż do zabaw i gier na świeżym powietrzu, które są udziałem ozdrowieńców.

Długotrwałe unieruchomienie chorych na gruźlicę kostną w pozycji leżącej oraz przymusowa bezczynność wpływa w wysokim stopniu ujemnie na nastrój i samopoczucie chorych; *Rollier,* aby choć w części temu zapobiec, wprowadził w Leysin, jako jeden z czynników leczniczych, pracę ręczną chorego. *Clinique Manufacture,* piękne i nowoczesne sanatorium, przystosowane jest specjalnie do tego celu (rys. 3).



Rys. 3. Leysin — Clinique Manufacture.

Wielki gmach przedstawia się imponująco. Na parterze znajdują się obszerne pomieszczenia — świetlica, sala jadalna z rozsuwalnymi ścianami, służące w razie potrzeby jako sale zebrań lub teatr i wiele innych.

Na piętrach znajdują się widne sale chorych, po kilka lub kilkanaście łóżek w każdej. Obok sal — ogromne werandy, na których chorzy przebywają niemal cały dzień

(rys. 4). Wszędzie wre praca. Pod kierunkiem instruktorów, przeważnie ozdrowieńców, chorzy wykonują niezmiernie starannie szereg drobnych przedmiotów, jak zabawki, koszyki, a nawet trudniejsze rzeczy, wymagające większej precyzji, np. części do maszyn, aparatów radiowych i tp.



Rys. 4. Weranda oddziału dziecięcego.

(rys. 5). Chorzy chodzący biorą udział w pracy w warsztatach, poruszanych prądem elektrycznym. W podziemiach gmachu znajdują się składy wykonanych przedmiotów. Specjalne biuro sprzedaży zajmuje się zbytem tych wyrobów, rozsyłając je do



Rys. 5. Leczenie słońcem i pracą.

większych miast szwajcarskich, dzięki czemu chorzy zarabiają pewne sumy, pozwalające im na opłacenie kosztów leczenia w niezbyt drogiej klinice, a niekiedy nawet na zebranie pewnych oszczędności. Należy dodać, że pracę również rozpoczyna się bardzo stopniowo (od paru minut dziennie) i w początkowych okresach chorzy co pewien czas są badani, w razie zaś jakichkolwiek objawów niepokojących, praca jest przerywana na pewien czas.

W klinice tej, prócz wyżej opisanych urządzeń, znajduje się pracownia doświadczalna, gdzie są przeprowadzane badania dotyczące wpływu naświetlania na ustrój (np. doświadczenia na płazach). W osobnej sali można obejrzeć ciekawy zbiór fotografij i rentgenogramów, umieszczonych na oświetlonych ekranach; zbiór ten stanowi niejako przegląd dorobku naukowego *prof. Rolliera.* Znajdujemy tu również zdjęcia przedstawiające szereg scen



Rys. 6. Leysin — Le Chalet, dawna klinika prof. Rolliera.

z życia chorych oraz urządzeń sanatoryjnych.

Osobom zwiedzającym Leysin chętnie pokazują klinikę „Le Chalet", pierwszy zakład *prof. Rolliera.* Jest to staroświecka, drewniana willa, urządzona bardzo estetycznie, z pięknym gabinetem lekarskim i poczekalnią, ozdobioną starymi sztychami i stylowymi meblami. W niezbyt dużych, ale bardzo czystych salkach mieszczą się przeważnie dzieci. Koszt leczenia w tym zakładzie wynosi przeciętnie 2½ frank. szwajc. dziennie (rys. 6).

BERCK.

Zastosowanie energicznych bodźców klimatycznych w przebiegu różnych postaci gruźlicy chirurgicznej daje dobre wyniki lecznicze, wpływając dodatnio na sprawę miejscową oraz na stan ogólny i psychikę chorych. Czynnik ten wykorzystano, stwarzając szereg uzdrowisk na wybrzeżu morza Północnego. Największym i najbardziej znanym z nich jest Berck, do którego dojazd pociągiem z Paryża trwa około 3 godzin.

Berck dzieli się na dwie części: Berck-Ville — osada zamieszkała przez ludność miejscową, trudniącą się rybołóstwem i handlem, oraz Berck-Plage — założona w 1868 r. dzielnica sanatoriów i willi, rozciągająca się wąskim pasem wzdłuż piaszczystego brzegu morza. Liczne kawiarnie, sklepy, kina i tp. urozmaicają pobyt w tym uzdrowisku. Na plaży widać dzieci bawiące się w piłkę, jeżdżące na osiołkach i używające innych rozrywek. Nie rzadko spotykamy opalonych kuracjuszy, przebywających na plaży w kostiumach kąpielowych, podczas gdy zimny wiatr od morza zmusza nieprzyzwyczajonych do włożenia palta.

Chorzy unieruchomieni w pozycji leżącej, zażywają przejażdżki po ulicach i plaży na wózkach, popychanych przez ludzi lub też zaprzężonych w konie czy muły. Chory nie podnosząc głowy może kierować zwierzęciem, widząc drogę dzięki systemowi luster, umieszczonych nad głową.

Współżycie i ciągły kontakt towarzyski chorych i ozdrowieńców oraz wzajemna ich obserwacja, wpływa niezmiernie dodatnio na nastrój i samopoczucie kuracjuszy. Chorzy przykuci do łóżka widzą na przykładzie swych towarzyszy, którym stan zdrowia pozwala już na stopniowe wstawanie i chodzenie, że z biegiem czasu i ich unieruchomienie może i powinno przeminąć, o ile będą przestrzegali ściśle wskazówek lekarzy. To pozwala im znosić cierpienie z większą pogodą i wiarą w przyszłość.

W Berck znajduje się szereg zakładów leczniczych, z których jedne są utrzymywane przez rozmaite instytucje, inne zaś stanowią własność prywatną. Większość z nich położona jest nad brzegiem morza i posiada od strony wybrzeża rozległe werandy. W centrum Berck znajduje się klinika pod nazwą „Fondation Franco - Americaine". Powstanie jej łączy się z Wojną Światową, jak świadczy bowiem tablica wmurowana w hallu, została ona ufundowana przez społeczeństwo amerykańskie narodowi francuskiemu na pamiątkę wspólnych walk. Kierownikiem kliniki jest *J. Calvé*, zastępcą jego — *M. Galland*, z którego objaśnień korzystaliśmy, zwiedzając zakład.

Na parterze kliniki, w dużym pokoju, będącym jednocześnie gabinetem lekarskim, znajduje się muzeum anatomo - patologiczne, gdzie są zebrane ciekawe preparaty gruźlicy kręgów, przekroje ropni opadowych, uwidaczniające ich stosunek do otoczenia, ropnie gruźlicze nerek i szereg innych. Na piętrach są sale operacyjne i opatrunkowe, biblioteka oraz sale chorych.

W sali operacyjnej zwraca uwagę stół ortopedyczny pomysłu *Gallanda* [1]) posiadający, poza wszystkimi zwykle spotykanymi urządzeniami, wygodny składany uchwyt na stopy, pozwalający na nałożenie całego gipsu bez zdejmowania chorego z wyciągu.

Z przyrządów zasługuje na wzmiankę piła *Gallanda* o podwójnych rozsuwanych ostrzach, używana przy wycinaniu stawu

---

[1]) Rysunek u J. Calvé: „Tuberc. ostéo-artic." 1935, str. 170.

kolanowego [2]). Po zabiegu tym kończyna bywa unieruchomiona w uprzednio przygotowanym opatrunku gipsowym, dowolnie rozsuwanym.

Do nakłuwania i opróżniania ropni opadowych służy b. wygodna w użyciu strzykawka pomysłu *Calvégo*, wykonana w całości ze szkła i posiadająca szeroki otwór, odpowiadający przekrojowi trójgrańca. Wskutek tego kłaczki ropy, zatykające bardzo często otwór w zwykłej strzykawce, przechodzą z łatwością do jej wnętrza. W stosunku do ropni opadowych, w klinice *Calvégo* zwracają szczególną uwagę na konieczność przestrzegania bezwzględnej aseptyki podczas nakłucia [3]). Skórę po odkażeniu, jak przed każdym czystym zabiegiem operacyjnym, przykrywają wyjałowioną serwetką z otworem w środku. W razie niemożności opróżnienia ropnia z powodu zbyt gęstej treści, uciekają się do wstrzyknięcia płynów, t. zw. „modyfikatorów", które mają własność rozrzedzania ropy. Najczęściej stosują w tym celu następującą mieszankę: jodoform 5,0, eter 10,0, guajakol 2,0, kreozot 2,0, oliwa ster. 100,0. Bardziej energiczne działanie ma 10% eter jodoformowy i mieszanka tymolu z kamforą (1 : 2), której jednak nie wolno używać jednorazowo więcej niż 5 g. *Calvé* przestrzega natomiast przed stosowaniem naftolu, po którym spostrzegano kilkakrotnie śmiertelne zatrucia.

Sale chorych w klinice *Calvégo,* duże i widne, nie przedstawiają nic szczególnego. Należy dodać, że każdy chory posiada własne przybory toaletowe, znajdujące się w osobnych, ponumerowanych szafkach na kółkach, które co rano są przewożone na salę.

W bezpośerdnim sąsiedztwie z kliniką *Calvégo,* tuż nad brzegiem morza, wznoszą się gmachy Hôpital Maritime de Berck (rys. 7). Jest to olbrzymi szpital-sanatorium, założony i utrzymywany przez gminę m. Paryża. Hôpital Maritime — to całe miasteczko. Posiada on szereg oddzielnych budynków, kaplicę, pawilon operacyjny i opatrunkowy oraz dużą salę gimnastyki ortopedycznej. Od strony morza każda z sal chorych łączy się z werandą. Osobny budynek, położony nieco na uboczu, przeznaczony jest na pawilon obserwacyjny (rys. 8), gdzie umieszczane są wszystkie nowoprzyjęte dzieci. W ciągu pierwszych 3-ch tygodni pobytu przechodzą one tu rodzaj kwarantanny, podlegając rozmaitym szczepieniom ochronnym i próbom odpornościowym, po czym dopiero prze-



Rys. 7. Berck-Plage — Szpital morski; oddział radiologii i oddział operacyjny.



Rys. 8. Berck-Plage — Szpital morski: pawilon izolacyjny.

[2]) Tamże, str. 200.
[3]) Szczegóły techniki nakłuć — tamże, str. 155.

chodzą do odpowiednich oddziałów. Ostrożność ta przyczyniła się — jak nam mówiono — do wybitnego zmniejszenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Kierownikiem oddziału chirurgicznego jest *dr Richard,* którego piękną technikę operacyjną mieliśmy możność podziwiać. Ma on do pomocy wielu asystentów — młodych lekarzy, kierownictwo jednak ogólne i kontrola postępowania leczniczego spoczywa wyłącznie w jego ręku.

W Hôp. Maritime poranki poświęcone są na zabiegi operacyjne, wykonywane przez *dr Richarda* i jego asystentów, po południu zaś odbywa się wizyta na salach chorych (przeciętnie 100 łóżek dziennie). W czasie wizyty asystenci referują szczegółowo stan chorych i wyniki badań dodatkowych; *Richard* zwraca uwagę na ważniejsze szczegóły i omawia plan leczenia, dyktuje jednocześnie historię choroby oraz zlecenia. Wizyta, mimo swej dokładności, odbywa się niezmiernie szybko i sprawnie. Zadziwiająca jest pamięć *dr Richarda,* który pomimo wielkości oddziału (około 1000 łóżek) zna nieomal wszystkich chorych.

W Hôpital Maritime w wielu przypadkach gruźlicy kostnej wykonywane są zabiegi operacyjne, zwłaszcza usztywnienie zewnątrz-stawowe. Dość znaczną liczbę tego rodzaju zabiegów mieliśmy możność widzieć. W gruźlicy kręgosłupa *Richard* wykonuje operację Albéego, wkładając przeszczep pobrany z piszczela w rozwidlone dłutkiem (bez użycia młotka) wyrostki ościste kręgów. Przeszczep ten umocowuje szwami strunowymi, nakładanymi na przemian raz głęboko, raz płytko. Szwy głębokie mają na celu przyciśnięcie przeszczepu, powierzchowne zaś — zbliżenie mięśni grzbietu. W przypadkach dużych skrzywień kręgosłupa pochodzenia gruźliczego *Richard* postępuje podobnie, biorąc z piszczela bardzo cienką i giętką blaszkę kości wraz z okostną; daje się ona z łatwością przystosować do wygięcia garbu. Po zabiegu chory układany jest na twardym łóżku na brzuchu, bez opatrunku gipsowego. W gruźlicy stawów biodrowych *Richard* wykonuje usztywnienie za pomocą uszypułowanej blaszki kostnej z talerza biodrowego, którą odchyla na kształt daszka i przymocowuje u osób dorosłych do krętarza wielkiego, u dzieci zaś, ze względu na brak skostnienia krętarza — do trzonu kości udowej.

Ostatnio zaczął on wykonywać w przebiegu gruźlicy stawu biodrowego przecięcie n. zasłonowego, jako zabieg dodatkowy, mający zapobiegać przywodzeniu uda. Odosobnione ogniska w przebiegu gruźlicy kości piętowej, kości śródręcza, śródstopia i palców, *Richard* oczyszcza za pomocą łyżeczkowania, zeszywając ranę szczelnie.

Na przeciwległym krańcu plaży Berck znajduje się zakład *dra Calota.* Składa się on z kilku dużych, piętrowych gmachów, w których są obszerne sale chorych oraz pomieszczenie kolonij letnich dla dzieci. Klinikę tę zwiedziliśmy dość pobieżnie, korzystając z objaśnień oprowadzającej nas siostry, ponieważ lekarz - zastępca *dr Calota* był w tym czasie nie obecny.

Z pozostałych zakładów Berck zwiedziliśmy Hôpital *Jalaguier,* biorąc udział w popołudniowej wizycie lekarskiej. Przebywają tu chorzy nie potrzebujący zabiegów operacyjnych — w większości przypadków ozdrowieńcy, oraz dość znaczna liczba chorych z rozmaitymi postaciami skrzywień kręgosłupa.

Na zakończenie podamy ogólne zasady leczenia gruźlicy chirurgicznej, stosowane w Hôpital Maritime i klinice *Calvégo:*

1) Leczenie przy pomocy energicznych bodźców klimatu morza Północnego stosowane jest b. ostrożnie i rozpoczynane stop-

niowo. Niektórzy, bardziej wrażliwi chorzy umieszczani są w pasie odleglejszym, 200 — 500 metrów od brzegu, po czym przenoszeni do sanatoriów nadbrzeżnych.

2) Naświetlanie promieniami słońca opiera się mniej więcej na tych samych zasadach, jakie stosuje *Rollier*. Technika naświetlań również niczym się od tamtej nie różni, jedynie chirurdzy w Berck nie obawiają się bezpośredniego naświetlania ogniska gruźliczego od początku. Aby umożliwić dostęp promieni słońca do kończyn unieruchomionych gipsem nakładają tu opatrunki gipsowe, składające się z dwóch części: dolnej, w której chory leży stale, oraz górnej, która na okres kąpieli słonecznych bywa zdejmowana.

3) Miejscowe leczenie gruźlicy kostnej polega na unieruchomieniu chorych stawów, przy czym w początkowych okresach choroby stosuje się wyciąg stały. *Calvé* i *Richard* nie wahają się nawet u dzieci przed wykonywaniem zabiegów operacyjnych, polegających na zewnątrz-stawowych usztywnieniach, lecz przestrzegają ściśle zasady operowania nie wcześniej niż w 18. miesiącu choroby.

Dodać należy, że w Berck leczone są następujące schorzenia: 1) wszelkie postacie gruźlicy kostno-stawowej, 2) gruźlica gruczołów chłonnych, 3) inne postacie gruźlicy t.zw. chirurgicznej, zwłaszcza narządów moczowo-płciowych, 4) powiększenie gruczołów przyoskrzelowych na tle swoistym, 5) zaburzenia czynnościowe gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu oraz 6) wszelkie cierpienia na tle krzywicy.

Za przeciwwskazanie wyjazdu do Berck uważane są: 1) gruźlica płuc ze stanami gorączkowymi, 2) stany zapalne jelit, 3) zapalenie spojówek i powiek, 4) niewyrównane wady serca.

Zastanawiając się nad skrajnie zachowawczymi metodami leczniczymi, jakie stosuje się w zakładach *Rolliera* i *Calota* i porównując je ze stosunkowo dużą liczbą zabiegów operacyjnych wykonywanych w przebiegu gruźlicy kostnej przez *Richarda* i *Calvégo*, wydawałoby się, że są oni przedstawicielami dwóch krańcowo różnych kierunków. Jednak zarówno jedni jak i drudzy wychodzą z założenia, że gruźlica kostna winna być z reguły leczona zachowawczo drogą unieruchomienia stawów. Zabiegi operacyjne, wykonywane często w Berck, mają na celu również unieruchomienie chorych stawów z ominięciem ogniska gruźliczego, przy czym powikłania po tych zabiegach należą jakoby do rzadkości. Z drugiej strony chorzy *Rolliera* po długim nieraz pobycie w Leysin,wypisani jako wyleczeni, niejednokrotnie z powodu nawrotów powracają na dalszą kurację, która w ten sposób przeciąga się na całe lata. Dlatego też trudno należycie ocenić, która z tych metod jest bardziej godna polecenia. Najwłaściwszym wydaje się pogląd, że obie posiadają dużo zalet, a wybór jednej czy też drugiej winien być ściśle indywidualny, w zależności od rodzaju schorzenia i jego okresu, wieku oraz stanu ogólnego chorego, jak również jego warunków materialnych, co w dużym stopniu musi wpływać na wybór metody, zwłaszcza że leczenie operacyjne pozwala nieraz na dużo szybszy powrót do normalnych warunków i pracy.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 17 października 1938 r.

Dr D. Kohan:

PRZYPADEK WŁÓKNIAKO - MIĘŚNIAKA ŻOŁĄDKA.

(str. własne)

Chora 62-letnia zgłosiła się z powodu nieznacznych dolegliwości w dołku, utraty łaknienia, znacznego schudnięcia oraz ogólnego osłabienia. Dolegliwości te, datujące się od kilku miesięcy, spowodowały zwrócenie się do internisty, który po przeprowadzeniu badania klinicznego powziął podejrzenie na nowotwór żołądka. Badanie rentgenowskie wykazało istotnie spory ubytek cieniowy w okolicy trzonu w pobliżu krzywizny dużej (rys. 1). Jeśli dodamy, że w kale wykryto krew utajoną, to staje się oczywiste, że chora szła do zabiegu z rozpoznaniem złośliwego nowotworu żołądka.



Rys. 1.

W znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną i wyłoniono żołądek i poprzecznicę. Poprzez więzadło żołądkowo - poprzecznicze przeświecał ciemno-brunatny zrazikowaty, zlekka sinawy guz wielkości małego jabłka, wypinający na sobie również przednią ścianę żołądka. Po przecięciu więzadła udostępniono tylną ścianę żołądka, na której guz był usadowiony na szerokiej podstawie, dochodząc do krzywizny dużej. Ponieważ dokładne oględziny nie wykryły nigdzie przerzutów w gruczołach ani w najbliższym otoczeniu, ściana żołądka poza podstawą guza miała wygląd zupełnie prawidłowy, śluzówka zaś na guzie od strony światła była gładka, wyraziliśmy przypuszczenie, że chodzi o mięśniak i przeprowadziliśmy doraźne badanie, które to potwierdziło. Wobec tego wykonano częściowe wycięcie tylnej ściany żołądka wraz z guzem, upewniwszy się przed tym, że rekonstrukcja ściany będzie możliwa i nie upośledzi się w ten sposób drożności. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki; chora została wypisana na 12. dzień po operacji.

Dr K. Cebertowicz:

PRZYPADEK ŚRÓDBŁONIAKA STAWU KOLANOWEGO.

(str. własne)

Chory lat 42, zgłosił się po raz pierwszy do kliniki 28.II 38 z powodu guza w okolicy lewego stawu kolanowego; podaje, że przed dwoma laty zauważył po bocznej stronie kolana mały guzek, niebolesny przy dotyku. Guzek ten z biegiem czasu powiększył się znacznie, osiągając rozmiary dużego jaja kurzego, nie utrudniał jednak ruchomości w stawie i sprawiał tylko minimalne bóle przy chodzeniu. Z chorób przebytych — złamanie szyi kości udowej prawej przed trzema laty.

Na bocznej stronie kolana lewego widoczny jest guz wielkości połowy jaja gęsiego; skóra nad nim nie zmieniona, mało przesuwalna; guz o spoistości napiętego mięśnia, niebolesny, nieruchomy.

Ruchy w stawie kolanowym czynne i bierne zachowane, niebolesne. Rtg. lewego stawu kolanowego zmian w częściach kostnych nie wykazuje. Mocz bez zmian chorobowych. Obraz morfologiczny krwi również nie odbiega od normy.

Dnia 2.II dokonano zabiegu operacyjnego *(dr Levittoux)* w uśpieniu ewipanowym. Cięcie podłużne po stronie bocznej stawu kolanowego; guz od góry wyseparowano z łatwością; odciągnięto więzadło poboczne, usiłując dotrzeć do guza od strony torebki. Stwierdziwszy, że guz nacieka torebkę, usunięto go w całości, ścinając również nacieczoną część torebki, nie otwierając jednak stawu. Szwy na skórę, opatrunek uciskowy.

W przebiegu pooperacyjnym w ciągu tygodnia utworzył się krwiak w ranie; krew wypuszczano przez nakłucie, opatrunek uciskowy (gąbka). Ósmego dnia zdjęto szwy — rana zagojona przez rychłozrost. Dalszy przebieg dość gładki, jedynie chory odczuwał okresowo bolesność, szczególnie w miejscu przyczepu guza do torebki.

Badanie mikroskopowe guza *(dr Siedlecka)* wykazało: guz zbudowany jest z tkanki nowotworowej, o utkaniu niejednolitym:

1) komórki duże okrągłe lub wielokątne, o wodniczkowej zarodzi, o jądrach okrągłych z grudkowo ułożoną chromatyną, tworzą gniazda otoczone tkanką łączną włóknistą, miejscami o grubych włóknach klejodajnych, wśród komórek przebiegają delikatne włókienka klejodajne;

2) komórki wrzecionowate, również o obfitej zarodzi, układające się wraz z nielicznymi włókienkami klejodajnymi w pasma;

3) ogniska o budowie oblaka;

4) szerokie pasma tkanki łącznej włóknistej, w której można odnaleźć małe grupki komórek oraz mniejsze i większe jamki o szczątkach zawartości, barwiącej się obłoczkowato hematoksyliną;

5) szczeliny wysłane bądź komórkami przypominającymi śródbłonki, bądź dużymi, okrągławymi.

Guz należy zaliczyć do grupy ś r ó d b ł o n i a k ó w b ł o n m a z i o w y c h (kaletka lub uchyłek błony maziowej pochewki ścięgnistej).

Ze względu na złośliwość tych guzów i skłonność do nawrotów chory po miesięcznym pobycie w klinice został przeniesiony do Instytutu Radowego, celem przeprowadzenia rentgenowskich naświetlań stawu kolanowego.

Dn. 5.X 38 chory zgłasza się do kliniki po raz drugi i podaje, że w Instytucie Radowym leżał 2 tygodnie, gdzie stosowano naświetlania rentgenowskie — chory mógł wtedy nawet chodzić. Już podczas pobytu w Instytucie zauważono powiększenie gruczołów pachwinowych po tej samej stronie. Pod koniec czerwca, tj. w 4 miesiące od zabiegu operacyjnego gruczoły powiększyły się, były przy badaniu nieco bolesne, kończyna lewa dolna uległa znacznemu zgrubieniu. Chory otrzymał serię naświetlań rtg. okolicy pachwinowej lewej. Od trzech tygodni nie może chodzić z powodu bolesności stawu kolanowego i zgrubienia całej kończyny.

Miejscowo stwierdza się znaczne zgrubienie kończyny dolnej lewej, przerzuty do gruczołów pachwinowych, tworzących duży pakiet wielkości połowy jaja gęsiego. We krwi patologiczne postacie krwinek czerwonych i białych (anizocytoza, pojkylocytoza, myeloblasty 1% , promyelocyty 1,2%). Badanie rentgenowskie wykazuje obecność dużego, nieostro odgraniczonego od otoczenia ogniska rozrzedzenia utkania kostnego w pobliżu przedniej i bocznej powierzchni górnej części kości piszczelowej tuż poniżej linii nasadowej. W okolicy zmienionej kości widać duże nawarstwienia i bujanie okostnowe — obraz typowy dla procesu złośliwego. Badanie mikroskopowe gruczołu usuniętego z okolicy pachwinowej przypomina obraz badania poprzedniego, jedynie tkanka nowotworowa posiada budowę bardziej jednolitą o charakterze raczej nabłonkowym. Rozpoznanie: *endothelioma.*

Nazwę „śródbłoniaki" wprowadził *Golgi* (1869) dla nowotworów zbudowanych z komórek śródbłonkowych. *Borst* podaje następujące cechy charakterystyczne dla śródbłoniaków:

1) wielopostaciowość komórek, posiadających charakter komórek włókniaków, mięsaków, raków, gruczolaków; 2) częste zwyrodnienia (śluzowe, szkliste, skrobiowate, glikogenowe), jako wyraz zaburzeń krążenia; 3) obecność warstwowych ognisk komórek, nie ulegających rogowaceniu i nie posiadających w zarodzi włókienek; 4) cechy kliniczne: ograniczona zdolność dawania przerzutów, a wybitna skłonność do miejscowych nawrotów.

W zależności od punktu wyjścia rozróżniamy śródbłoniaki wychodzące: 1) z naczyń krwionośnych i chłonnych, 2) z wyściółki opony twardej i miękkiej, 3) z komórek wyściełających jamy surowicze i 4) z torebek maziowych stawów.

Interesuje nas obecnie grupa czwarta. Nowotwory wychodzące z torebek stawowych spotyka się nader rzadko. *Rubens-Duval* proponuje dla nich nazwę „śródbłoniaki błon maziowych stawów". W piśmiennictwie o nowotworach tych mało się wspomina, często opisywane są one jako mięsaki. Z polskich autorów *Siedlecka* i *Zaorski*

opisali śródbłoniak stawu promieniowo-nadgarstkowego („Medycyna" 1928 r.). Komórki pokrywne maziówek wytwarzają śluz, rozrastając się zaś nowotworowo mogą przybierać wygląd nabłonków, względnie cewek nabłonkowych, bądź też komórek mięsakowych.

Rydygier podaje następujące cechy rozpoznawcze śródbłoniaków: 1) guz rosnący w okolicy stawu i nie dający ani upośledzenia ruchów ani bólów; 2) przy obmacywaniu brak mu chrząstkowatej zbitości; 3) zdjęcie rentgenowskie nie wykazuje zmian w stawie i kościach; 4) niestosunek między długotrwałością schorzenia a zmianami, jakie wywołuje w okolicznych tkankach; 5) nadzwyczajna krwawliwość guza.

W naszym przypadku w danej chwili po za obserwacją chorego nie pozostaje nic do zrobienia. Na odjęcie kończyny za późno, zresztą choremu już poprzednio proponowano ten zabieg, na który nie chciał się zgodzić. Przedstawiamy ten przypadek ze względu na nadzwyczajną rzadkość występowania tego schorzenia; wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg dają stosunkowo dobre wyniki, natomiast w późniejszych okresach występują nawroty i przerzuty.

Dyskusja:

Dr Levittoux: Przed dwoma laty chory ten uległ złamaniu szyi kości udowej prawej; leczony był wtedy zespoleniem gwoździem Smith-Petersena z wynikiem dobrym. Po pół roku zgłosił się z powodu bólów w okolicy lewego stawu kolanowego i wtedy stwierdzono niewielkie obrzmienie, które określono jako sprawę zapalną powiększonej kaletki. Zgodnie ze stanowiskiem II Kliniki Chirurgicznej U.J.P. zaproponowano choremu usunięcie tej kaletki, na co chory nie zgodził się i dopiero po upływie 1½ roku zgodził się na wyłuszczenie już o wiele większego guza.

Przebieg kliniczny śródbłoniaków jest zwykle długotrwały, lecz zawsze fatalny. Guzy te nie są promienioczułe — są one odporne na naświetlania promieniami X, tak jak nowotwory dobrotliwe. Natomiast przebieg kliniczny upodabnia je zupełnie do mięsaków, tak że najlepszą nazwą byłoby *endothelioma sarcomatodes*.

Doc. J. Rutkowski:

PRZYPADEK ZESZTYWNIENIA STAWÓW ŻUCHWOWYCH LECZONY OPERACYJNIE.

(str. własne)

17-letni uczeń Wł. H. zwrócił się na oddział z powodu niemożności rozwarcia szczęk. Przed 14 laty chory przechodził płonicę, powikłaną ropnym zapaleniem ucha środkowego lewego i obu stawów żuchwy. W rok potem nie był już w możności rozewrzeć szczęk. Leczony za pomocą aparatów, co dało jednak bardzo mierny wynik. Wskutek zaniku szczęki dolnej chory ma typowy profil ptasi (rys. 2). Pomiędzy zębami istnieje szpara szerokości paru milimetrów, umożliwiająca przyjmowanie wyłącznie płynnych i papkowatych pokarmów — szersze rozwarcie szczęk jest niemożliwe. Mięśnie żwacze i skroniowe napinają się.

Dnia 26 września rb. w znieczuleniu miejscowym z krótkiego (około 3 cm) cięcia, biegnącego od skrawka ucha tuż poniżej łuku jarzmowego, z dodaniem cięcia długości około 1½ cm biegnącego od poprzedniego w dół, odsłonięto po obu



Rys. 2.



Rys. 3.

stronach okolicę stawu żuchwy. Po stronie prawej udało się zidentyfikować główkę stawową, która była zrośnięta za pomocą tkanki łącznej z panewką. Po stronie lewej główka była bardzo zniekształcona i stanowiła blok kostny z panewką. Dokonano obustronnej resekcji stawu. Za pomocą rozwieracza stwierdzono możność szerokiego rozwarcia szczęk. Rany operacyjne zeszyto: warstwę głębszą — struną, skórę — nićmi lnianymi. Przebieg pooperacyjny gładki. Chory już od drugiego dnia po operacji zaczął się ćwiczyć w otwieraniu ust, po tygodniu był już w stanie przyjmować bez trudu pokarmy stałe (rys. 3).

Dyskusja:

Dr Wertheim: Sposób podany przez *doc. Rutkowskiego* jest metodą *Königa*, opisaną w r. 1870; *Helferich* w r. 1890 wprowadził modyfikację tej operacji, polegającą na tym, że po resekcji główki szczęki interponuje odwrócony na szypule kawałek mięśnia skroniowego .

Prof. Radliński przy tego rodzaju operacjach zawsze wszczepia mięsień do stawu.

Dr Lubelski kilkakrotnie operował metodą *Axhausera.* Operuje się poza małżowiną uszną, oddzielając przewód słuchowy i dochodząc od tyłu do stawu szczęki. Małżowina uszna zostaje odcięta i odchylona do przodu, a po operacji przyszyta z powrotem. Metoda ta jest bardzo kosmetyczna.

Prof. Wojciechowski: Istnieje kilka metod tego rodzaju kosmetycznych operacji, podobnych do metody *Axhausera,* wszystkie jednak one nie dają dostatecznie dobrego dostępu do stawu żuchwy.

Doc. J. Rutkowski:

DWA PRZYPADKI KOLAN KOŚLAWYCH — WYNIK PO OPERACJI.
(str. własne)

Przyp. 1. Chory A. N. l. 18, wieśniak, od najmłodszych lat ciężko pracował. Zgłosił się na oddział z powodu znacznego zniekształcenia obu kończyn dolnych (kolana koślawe), które powstało dawno (rys. 4). Narzeka na bóle w kończynach i na łatwość męczenia się. Między udem i podudziem obu kończyn istnieje kąt rozwarty na zewnątrz, który przy prosto ustawionych kończynach (rzepka zwrócona do przodu) wynosi 150°. Wyrównawcze stopy szpotawe. Zdjęcie rentgenow-



Rys. 4.



Rys. 5.

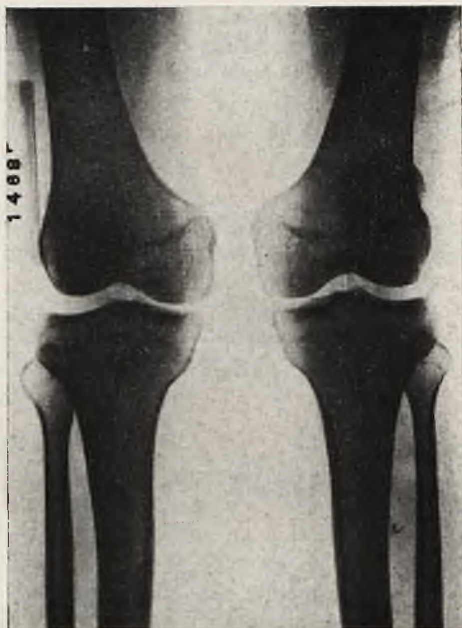
skie wykazuje silne rozwinięcie wewnętrznych kłykci kości udowych, ustawienie stawów kolanowych koślawe. Rozpoznano młodzieńczą postać kolan koślawych *(genua valga statica)*.

Chory był operowany (19.X 1937) w uśpieniu eterowym na stole ortopedycznym; z niewielkiego cięcia po zewnętrznej stronie obu ud dokonano



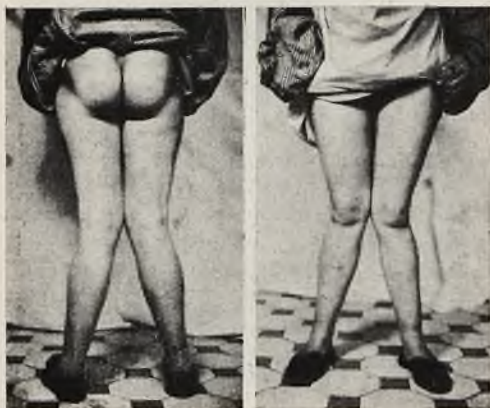
Rys. 6.

zlekka ukośnego przecięcia kości ponad kłykciem zewnętrznym. Po prawidłowym ustawieniu kończyn i zeszyciu ran operacyjnych szwami strunowymi, nałożono rozległy opatrunek gipsowy obejmujący obie kończyny wraz ze stopami oraz miednicę. Przebieg pooperacyjny był gładki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało przywrócenie prostej osi obu kończyn (rys. 6). Po miesiącu zdjęto opatrunek gipsowy (rys. 5), rozpoczęto ruchy bierne w stawach kolanowych. W dwa miesiące po operacji chory zaczął chodzić i po dwóch tygodniach chodził już dobrze, ruchy w stawach kolanowych wróciły do normy.

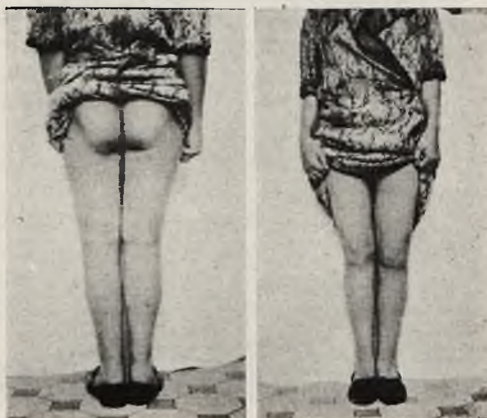


Rys. 7.

Przyp. 2. Chora A. P., l. 27 Zniekształcenie w obrębie obu kolan powstało od dawna, od roku zaczęła odczuwać coraz silniejsze bóle w obu kolanach po dłuższym chodzeniu. Stwierdzono obustronie kolana koślawe o kącie rozwartym na ze-



Rys. 8.



Rys. 9.

wnątrz równym około 150°. Zdjęcie rentgenowskie typowe, jak w przypadku 1 (bardzo silne rozwinięcie kłykci udowych wewnętrznych — rys. 7).

Zabieg operacyjny jak wyżej, został wykonany dn. 9.IV rb. Opatrunek gipsowy zdjęto 18 czerwca, 30 czerwca chora zaczęła chodzić, przy końcu lipca chodziła już dobrze. Fotografie (rys. 8 i 9) przedstawiają chorą przed i po zabiegu.

W obu przypadkach chorzy znosili nie tylko cierpienia fizyczne: ich cierpienia moralne z powodu kalectwa, dającego powód do natrząsań się i śmiechu, były nie mniej znaczne. Wszystko to udało się usunąć i uszczęśliwić chorych za pomocą stosunkowo nietrudnego zabiegu operacyjnego.

Dyskusja:

Dr Levittoux: W II Klinice Chirurgicznej U. J.P. w ostatnich dwu latach wykonano kilkanaście osteotomij ponadkłykciowych. Osteotomie te z reguły są wykonywane półkolisto (dłutem żłobowym) — wtedy kości nigdy nie zeskoczą i nigdy nie mamy skrócenia. Cięcie wykonywane jest jak najniżej, a torebka górnego uchyłka stawu zostaje odwarstwiona do dołu. Po wykonaniu osteotomii ponadkłykciowej trzeba być przygotowanym na to, że wynik czynnościowy nie odrazu może być dobry, a to dlatego, że zmiany statyczne powodują bóle z powodu przebudowy kłykci kości udowej w związku ze zmianą obciążenia.

Dr Sokołowski omawia 2 przypadki krzywiczych zniekształceń kończyn dolnych, w postaci kolan szpotawych znacznego stopnia, wyleczonych za pomocą osteotomii kości udowych i obu kości podudzi.

Prof. Radliński sądzi, że osteotomia półkolista wymaga większego cięcia skórnego. Strunowy szew skóry pod opatrunkiem gipsowym uważa za bardzo dobry.

Prof. Wojciechowski: Jeżeli zmiany zniekształceniowe dotyczą także i kości podudzia, to wtedy technika osteotomii jest o wiele trudniejsza, gdyż trzeba wykonać dwie osteotomie.

W przypadku *doc. Rutkowskiego* zabieg operacyjny był o tyle łatwiejszy, że zmiany zniekształceniowe dotyczyły tylko kłykci kości udowej. Przed nałożeniem opatrunku gipsowego skórę szyje silkiem.

Doc. Rutkowski: Pomimo skośnego cięcia w swych przypadkach skrócenia nie miał.

W. Łążyńska:

PRZYPADEK PROMIENICY U DZIECKA.

(str. własne)

Dn. 26.IV 38 r. przybyła na oddział chirurgiczny Kliniki Pediatrycznej U. J. P. dziewczynka w wieku 4 lat 10 mies. W wywiadach rodzice podają, że przed 12-tu miesiącami dziecko upadło na klepisku, uderzając się w prawy pośladek. W kilka tygodni po tym rodzice zauważyli tworzenie się na prawym pośladku i w okolicy stawu biodrowego guza, który stopniowo powiększał się, nie sprawiając chorej większych dolegliwości. Dziecko czuło się zupełnie dobrze, nie gorączkowało — czasami jedynie narzekało na bóle w prawym st. biodrowym. Przy badaniu chorej stwierdzono w okolicy części zewnętrznej prawego pośladka guz o kształcie okrągłym, wielkości dużej pomarańczy, spoistości dość twardej. Guz niebolesny przy ucisku, dawał się wyraźnie odgraniczyć od otoczenia. Skóra na niewielkim odcinku była z nim zespolona, poza tym przesuwalna, o prawidłowym zabarwieniu i sprężystości. Nie stwierdzono łączności guza z odbytnicą. Badania dodatkowe (obraz krwi, badanie moczu, badanie rentgenowskie miednicy, stawów biodrowych i kręgosłupa) nie wykazały odchyleń od normy. Próbnym nakłuciem nie udało się uzyskać materiału do badania. Dn. 6.V 38 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(dr Kossakowski)*, w czasie którego okazało się, że guz składa się z rozpływającej się niezorganizowanej masy o zabarwieniu szaroróżowym. Guz częściowo dał się oddzielić od powięzi m. pośladkowych, częściowo powięź również była wciągnięta w jego skład. Po usunięciu masy guza i wyłyżeczkowaniu jamy ranę zeszyto szczelnie; nastąpiło zagojenie przez rychłozrost. Badanie anatomo-patologiczne zawartości guza *(dr Laskowski)* wykazało obecność typowych grzybków promienicy.

Po wypisaniu z kliniki skierowano dziecko do Zakładu rentgenowskiego Ub. Społ., gdzie zastosowano 1 serię naświetlań promieniami X. Przed 2-ma miesiącami rodzice zauważyli tworzenie się szeregu guzków w okolicy blizny pooperacyjnej. Dziecko skierowano po raz drugi do kliniki, gdzie dn. 7.X wykonano powtórny zabieg operacyjny *(dr Kossakowski)*, polegający na usunięciu kilku guzków wielkości fasoli; stwierdzono w nich również obecność grzybków promienicy.

Mamy tu więc do czynienia z nawrotem choroby i obecnie należałoby w dalszym ciągu prowadzić

energiczne leczenie, stosując w pierwszym rzędzie naświetlania rentgenowskie. W przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę rzadkie umiejscowienie i mechanizm zakażenia bezpośredniego przez skórę podczas upadku.

Dyskusja:

Dr Horodyński porusza sprawę leczenia promienicy i podkreśla, że w Szpitalu Okręgowym im. Marszałka Piłsudskiego otrzymywano dobre rezultaty przy leczeniu płynem Dakina. W niektórych jednak przypadkach lepsze rezultaty daje kombinowanie kilku metod leczniczych (rentgenoterapia, podawanie jodu, obstrzykiwanie płynem Dakina).

Zabierali głos również *dr Lubelski* i *dr Kossakowski.*

Dr J. Kossakowski:

PRZYPADEK PRZETOKI KAŁOWEJ O NIEZWYKŁEJ ETIOLOGII U DZIECKA.

(str. własne)

Dziewczynka w wieku 12 lat przybyła do Przychodni dla gruźlicy kostnej z powodu licznych przetok w okolicy prawej pachwiny, talerza biodrowego oraz okolicy prawego podbrzusza. Wywiady dość niejasne i chaotyczne pozwoliły na ustalenie, że sprawa trwa już około 6 lat i że dziecko już dwukrotnie było leczone w szpitalu.

Badanie kliniczne nie wykazało żadnych uchwytnych zmian w okolicy stawu biodrowego prawego, również badanie radiologiczne nie wykryło żadnych zmian w kościach. Dziecko skierowano na oddział chirurgiczny Kliniki Chorób Dziecięcych U. J. P., gdzie dokonano zdjęcia rtg. po wprowadzeniu płynu kontrastowego do przetok. Okazało się, że kontrast wypełnił częściowo jelito grube i po pewnym czasie znalazł się w esicy i bańce odbytnicy. Jednocześnie udało się ustalić na podstawie informacyj zebranych ze Szpitala Karola i Marii, gdzie dziecko już przebywało dwukrotnie, że leczone ono było z powodu przetoki kałowej okolicy kątnicy i miało wykonane zespolenie jelita cienkiego z poprzecznicą, jako wstępny akt do prawostronnej hemikolektomii. Postanowiliśmy wobec tego przystąpić do zabiegu, lecz ze względu na ogólny zły stan dziecka poprzednio przygotowano je podawaniem środków ogólnie wzmacniających, a przed zabiegiem dokonano przetoczenia krwi. Operacja wykonana przed 6-ma miesiącami polegała na otwarciu jamy brzusznej, a po zorientowaniu się w dosyć zawiłych stosunkach w jamie brzusznej, dokonano prawostronnej hemikolektomii. Duże trudności były przy kątnicy, która była zniszczona na dużej przestrzeni i tworzyła wraz z powłokami bliznowatą masę oraz komunikowała ze skórą brzucha i okolicy pachwiny za pośrednictwem przetok. Po zeszyciu warstwowym powłok pozostawiono niewielki sączek w dole rany. Przebieg pooperacyjny był początkowo ciężki, lecz zakończył się pomyślnie i rana zagoiła się częściowo przez rychłozrost, częściowo przez ziarninowanie. Długotrwałe ropienie powłok, jak również i parokrotne zabiegi w tym miejscu doprowadziły do powstania dużej przepukliny w bliźnie, wszystkie zaś przetoki zostały zamknięte. Najbardziej zastanawiające było tu pytanie, jak sprawa chorobowa doprowadziła do tak rozległego zniszczenia kątnicy i jednocześnie do powstania przetoki kałowej. Otóż w końcu leczenia udało nam się ustalić to od ojca chorej, który się przyznał, że w początku choroby zauważył u dziecka duży guz w dole brzucha; guz ten stopniowo się powiększał, a skóra nad nim była zasiniona, wobec czego zdecydował się na otwarcie guza żyletką, przy czym miast ropy wydobył się kał i przetoka od tego czasu się utrzymywała. Ojciec widocznie chciał ukryć ten moment, a najprawdopodobniej mieliśmy w początku schorzenia obraz ropnia okołowyrostkowego, który miał tendencję do przebicia się przez powłoki.

W *dyskusji* zabierali głos: *prof. Wojciechowski, prof. Radliński* i *dr Kossakowski.*

Dr H. Levittoux:

GASTRITIS INTERSTITIALIS PHLEGMONOSA VENTRICULI.

(str. własne)

Przypadek dotyczy mężczyzny l. 20, z wywiadami typowymi dla wrzodu dwunastnicy od trzech lat. W ciągu ostatnich trzech tygodni znaczne pogorszenie, obfite wymioty, wychudzenie, bolesność w dołku.

S t a n o b e c n y: znaczne wychudzenie,

stan bezgorączkowy, duże rozszerzenie i opadnięcie żołądka, dolna granica którego sięga miednicy małej, bolesność przy ucisku mniej więcej w okolicy odźwiernika; czerwonych ciałek krwi 2.800.000, białych ciałek — 7000, bez większych przesunięć w obrazie. Zgłębnikowaniem usunięto 3½ litra treści pokarmowej z resztkami pokarmu z przed trzech dni. L.—O, A—52. Rentgenologicznie stwierdza się bardzo znaczne rozszerzenie i obniżenie żołądka. Rentgenoskopia nie dała żadnych pozytywnych danych, gdyż treść kontrastowa nie dostawała się do dwunastnicy. Po uprzednim przetoczeniu krwi i przygotowaniu chorego solą i cukrem, dokonano operacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że żołądek był bardzo duży, o wybitnie zgrubiałej ścianie; w okolicy odźwiernika zrosty płaszczyznowe, odźwiernik bardzo zgrubiały, przeciągnięć bliznowatych nie stwierdza się, konsystencja zgrubiałego odźwiernika i części przyodźwiernikowej stosunkowo miękka. Dokonano resekcji żołądka sposobem Finsterera z modyfikacją Verebely'ego, zabierając ⅔ żołądka. Preparat makroskopowy nie wykazywał ani większych zmian bliznowatych, ani ubytków w śluzówce żołądka. Śluzówka przerośnięta, rozpulchniona, przekrwiona. Warstwa podśluzówkowa wybitnie zgrubiała, soczysta; tak samo zgrubiała surowicówka. Badanie makroskopowe nie wyjaśniło więc istoty sprawy chorobowej. Dopiero badanie mikroskopowe *(dr Siedlecka)* dało następujący obraz:

„W znacznie zgrubiałym odźwierniku żołądka znaleziono w błonie podśluzowej skupienie leukocytów obojętnochłonnych (częściowo rozpadających się), otoczonych tkanką o charakterze ziarniny, poza tym włóknistą tkankę łączną z obfitymi, naciekami, wrastającą do bardzo grubej mięśniówki, w której również gromadzą się nacieki (limfo- i leukocyty, komórki plazmatyczne). W paru wycinkach ze ściany żołądka z miejsc odległych od odźwiernika stwierdza się jedynie znaczne zgrubienie mięśniówki. Rozpoznano: *Tumor inflammatorius regionis pyloricae ventriculi (gastritis interstitialis phlegmonosa localisata in statu cicatricationis)*".

A więc mieliśmy do czynienia z jednostką chorobową bardzo rzadką, a przebiegającą pod dwiema postaciami:

a) p o s t a ć r o z l a n a, przebiega jako prawdziwa ropowica ściany żołądka, z objawami bardzo burzliwymi, wysoką temperaturą, dużą leukocytozą, itp. i kończąca się zwykle śmiercią;

b) p o s t a ć o g r a n i c z o n a, najczęściej umiejscowiona w okolicy odźwiernika, a przebiegająca znacznie łagodniej.

W naszym przypadku należy podkreślić, że żadne badanie kliniczne czy laboratoryjne nie wskazywało na sprawę toczącą się w ścianie żołądka, oraz zwrócić uwagę na łagodny przebieg przed- i pooperacyjny: chory nie mając ani razu stanów podgorączkowych został wypisany z kliniki na 15. dzień, jako wyleczony. Myślę, że taki przebieg pooperacyjny można objaśnić rozległością wykonanej resekcji.

Posiedzenie zakończył odczyt *dra H. Ciszkiewicza:* „Chirurgia rannych zagazowanych" (ukaże się w druku w „Lekarzu Wojskowym" t. XXXII, Nr 5).

Prezes Tow. Chir. Warsz.
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski

K R O N I K A

NAGRODA KONKURSOWA IM. DR SEWERYNA STERLINGA.

W dniu 31 grudnia 1938 mija drugie trzechlecie *nagrody im. Seweryna Sterlinga,* ufundowanej przez Towarzystwo Lekarskie Łódzkie w dniu 4.I 1933.

Podajemy w y c i ą g z r e g u l a m i n u n a g r o d y:

Nagroda im. *dra Seweryna Sterlinga* wynosi zł. 750 i jest udzielana co trzy lata w miesiącu kwietniu za najlepszą polską oryginalną pracę o gruźlicy.

Do oceny przyjmowane są prace ogłoszone drukiem w danym trzechleciu konkursowym od 1 stycznia do 31 grudnia włącznie, a nadesłane do Towarzystwa Lekarskiego na ręce sekretarza stałego lub prezesa przez autorów lub członków Tow. Lek. Łódz. z odezwą, stwierdzającą ich prze-

znaczenie do konkursu. Prace te mogą być nadsyłane w ciągu całego trzechlecia i w ciągu miesiąca stycznia następującego roku (1939).

Na początku każdego nowego okresu konkursowego na dorocznym administracyjnym zgromadzeniu w styczniu wybrana zostaje Komisja Konkursowa złożona z 3-ch członków. Do komisji Zarząd Towarzystwa deleguje przewodniczącego, jako czwartego członka Komisji. Autorowie prac zgłoszonych do konkursu nie mogą być członkami Komisji. W takim wypadku Walne Zgromadzenie wybiera na ich miejsce członków Komisji.

Rozpatrywanie i sądzenie prac dokonywane będzie w ciągu 2-ch miesięcy po upływie terminu konkursowego, t. zn. do 1 kwietnia, porządkiem i sposobem przez daną Komisję uznanym za właściwy. Głosowanie odbywa się w Komisji tajnie odrazu na wszystkie prace zgłoszone do konkursu. Głosujący ocenia względną wartość pracy cyframi, oznaczając najwyższą (równą liczbie prac sądzonych) pracę najlepszą, a niższymi inne prace w porządku ich względnej wartości. Praca, która otrzyma najwyższą sumę cyfr, zostaje nagrodzona.

Do pełnomocnego głosowania na przyznanie nagrody niezbędna jest obecność co najmniej 3-ch członków Komisji. Postanowienia Komisji nie podlegają ani dyskusji, ani zatwierdzeniu. Na najbliższym posiedzeniu Tow. Lek. Łódz. sprawozdawca Komisji odczytuje spis prac zgłoszonych do konkursu i zawiadamia Towarzystwo o przyznaniu przez Komisję nagrody.

OD ADMINISTRACJI.

UPRZEJMIE ZAWIADAMIAMY NINIEJSZYM SZANOWNYCH KOLEGÓW PRENUMERATORÓW, IŻ DO BIEŻĄCEGO ZESZYTU „CHIRURGA POLSKIEGO" DOŁĄCZAMY BLANKIETY NADAWCZE P. K. O. Z PROŚBĄ O POKRYCIE PRENUMERATY ZA III i IV KW.

DLA TYCH SZANOWNYCH KOLEGÓW, KTÓRYM WPŁACANIE DO P. K. O. OKAŻE SIĘ NIEDOGODNE, ROZEŚLEMY W LISTOPADZIE ZLECENIA INKASOWE DO URZĘDU POCZTOWEGO Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O UISZCZENIE PRENUMERATY ZA III I IV KW. „CHIRURGA POLSKIEGO" NA RĘCE DORĘCZYCIELI.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

KAZUISTYKA.

TECHNIKA.

SOMMAIRE:

RÉCEUIL DE FAITS.

TECHNIQUE.

ROK III. Nr 11

LISTOPAD 1938 R.


PHOSPHACID
L. NASIEROWSKI
PHOSPHACID
PHOSPHACID
PHOSPHACID
PHOSPHACID
AMPUŁKI
KROPLE

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, LISTOPAD 1938 R. Nr 11

KAZUISTYKA

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński*

PRZYPADEK PRAWDZIWEGO DODATKOWEGO BOCZNEGO WOLA SZYJNEGO

podał

Dr Paweł Hornicki.

Przed kilku tygodniami w czasie operacji wola usunęliśmy dwa guzki, które okazały się prawdziwymi wolami dodatkowymi, nie pozostawały bowiem w żadnym związku z przerosłą tarczycą, znajdowały się zaś w dolnym nadobojczykowym odcinku bocznego trójkąta szyi.

Chodziło o chorą lat 30, która zgłosiła się do szpitala w powodu wola. W wywiadach podawała, że od lat 10 zauważyła na przedniej powierzchni szyi obecność powoli rosnącego guza, który powiększył się znacznie dopiero w ostatnim czasie. Przed 3 laty spostrzegła ponadto w dołku nadobojczykowym prawym obecność małego guzka, którego rozmiary rzekomo nie ulegają zmianom.

Przy badaniu w dolnym odcinku wąskiej szyi, nieco na prawo od środkowej linii ciała, stwierdzono obecność guza, wielkości jaja gęsiego, elastycznego, niebolesnego na ucisk, odsuwającego nieznacznie na zewnątrz mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy. Guz posiadał wyraźne obrysy, gładką powierzchnię i poruszał się przy połykaniu — chodziło o przerost prawego płatu tarczycy. W prawym dołku nadobojczykowym, w miejscu odpowiadającym rzutowi trójkąta łopatkowo-obojczykowego, wyczuwało się obecność guzka wielkości jaja gołębiego, o powierzchni gładkiej, dobrze przesuwalnego na podstawie. Guzek ten, klinicznie sprawiający wrażenie powiększonych gruczołów chłonnych, postanowiliśmy usunąć podczas operacji wola. Po wycięciu prawego płatu odsłonięto więc okolicę dołka nadobojczykowego. Tuż pod mięśniem szerokim szyi i jego powięzią, w odległości kilku centymetrów od zewnętrznego brzegu dolnego odcinka mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, znaleziono guzek wielkości małego jaja kurzego (6 × 3 × 2,8 cm), ułożony długą swą osią równolegle do przebiegu głębokich naczyń szyi. Guzek pozostawał w luźnym tylko związku z otoczeniem i łatwo dał się na tępo wyłuszczyć po podwiązaniu kilku drobnych gałązek naczyniowych, znajdujących się na tylnej jego powierzchni blisko dolnego bieguna. Nieco ku zewnątrz i ku dołowi od tego guza stwierdzono obecność drugiego guzka, wielkości orzecha laskowego, który również z łatwością usunięto. Obydwa guzki posiadały ściśle przylegającą i obficie unaczynioną torebkę łącznotkankową. Nie pozostawały one w żadnym związku z wolem, oddzielały je bowiem od tarczycy duże naczynia oraz wiotka tkanka łączna.

Badanie histologiczne obydwu guzków wykazało, że utkanie ich odpowiada przerosłej tkance tarczycy dotkniętej zwyrodnieniem torbielowatym. Obraz przypominał w zupełności utkanie wyciętego prawego płatu wola.

Tarczyce dodatkowe są już anatomom od dawna znane. Pierwszy bodaj *Albert von Haller* w roku 1779 napotkał tarczycę dodatkową i uważał ją za część tarczycy, oddzieloną od właściwego gruczołu. *Albers* w 1839 r. opisuje już szczegółowo tarczyce dodatkowe, przy czym przyjmuje, że zawdzięczają one swe powstanie zaburzeniom rozwojowym. Następne z kolei donie-

sienie *Grubera* pochodzi z roku 1845. Dokładny opis tarczyc dodatkowych podali w roku 1849 *L. Porty,* w roku zaś 1850 — *Rokitansky;* ten ostatni autor mówi o wrodzonych i nabytych tarczycach dodatkowych. W roku 1853 pierwszy *Stanley* usunął operacyjnie wole dodatkowe, znajdujące się w bocznym trójkącie szyi. *Gruber* w roku 1876, na podstawie własnych przeprowadzonych badań i danych z piśmiennictwa, dzieli tarczyce dodatkowe według ich umiejscowienia na górne, dolne i tylne, przy czym w dwu pierwszych grupach rozróżnia ich ułożenie przyśrodkowe i boczne. W roku 1879 *Madelung,* omawiając anatomię i klinikę tarczyc dodatkowych, dołącza do poprzedniego podziału pojęcie „przedniej" tarczycy dodatkowej. *Wegelin* mówi o górnych, dolnych, bocznych, przednich, tylnych, wreszcie o wewnątrzkrtaniowych i wewnątrztchawiczych wolach dodatkowych. Uwzględniając zaś pochodzenie tarczyc dodatkowych, rozróżnia tarczyce spotykane w miejscach przebiegu przewodu tarczowo-językowego i biorące początek z właściwego miąższu gruczołu. *Payr* i *Martina* (1906), *Reich* (1911) i *Spencer* (1914) zbierają z piśmiennictwa doniesienia kazuistyczne i, dołączając do nich spostrzeżenia własne, wypowiadają szereg uwag. W ostatnich wreszcie czasach mnożą się dalsze coraz to nowe doniesienia kazuistyczne.

Nazwa tarczycy dodatkowej *(gl. thyreoidea accessoria)* obejmuje twory o utkaniu ściśle odpowiadającym budowie tarczycy, wyłączając „struma ovarii". Twory te w życiu pozapłodowym nie pozostają w związku anatomicznym z gruczołem głównym, znajdującym się na szyi w prawidłowym miejscu, nie łączy je z nim bowiem najcieńsze nawet pasmo gruczołowe. Zastrzeżenie, iż gruczoł tarczowy znajdować się musi na właściwym miejscu, konieczne jest z tego względu, że przy braku tarczycy w miejscu zwykłym, wykazaniu zaś obecności utkania tarczycy w miejscu odległym, np. u podstawy języka, nie mówimy o tarczycy dodatkowej, lecz tylko o tym, że nie przyszło do zstąpienia zawiązka tarczycy.

Uwzględniając czas w którym wytwarza się tarczyca dodatkowa mówimy o w r o d z o n y c h względnie prawdziwych, powstałych w czasie życia płodowego i zaliczanych wskutek tego do wad rozwojowych, oraz n a b y t y c h czyli rzekomych, powstałych w życiu pozapłodowym. *Wölfler* pośród dodatkowych tarczyc prawdziwych wyróżnia jeszcze t. zw. tarczyce dodatkowe p o ł ą c z o n e, t. j. powstałe wprawdzie w życiu płodowym, łączące się jednak przy pomocy pasma łącznotkankowego z tarczycą; z tego też względu trudno jest odróżnić je od niektórych dodatkowych tarczyc rzekomych.

Rzekome tarczyce dodatkowe mogą powstawać w następstwie zaniku pewnego odcinka tarczycy i włóknistej przemiany części mostka *(Wegelin),* wskutek czego utrzymana część tarczycy może się oddzielić od reszty gruczołu. W ten sposób powstają rzekome tarczyce dodatkowe zarówno pochodzące z biegunów obydwu bocznych płatów, jak i z wyrostka stożkowego (proc. piramidalis). Dalej bujająca w wolu włóknistym tkanka łączna oddzielić może od powiększonej tarczycy część miąższu gruczołu *(Lücke).* Wreszcie torbiel, względnie wapniejący i ciężki wskutek tego guzek, rozwijający się na powierzchni wola, może się oddzielić i przekształcić w wole dodatkowe *(Madelung).* Podnoszono również, iż rzekome wola dodatkowe powstawać mogą na tle zaburzeń rozwojowych, jeśli wrodzone wypustki właściwego gruczołu tarczowego wtórnie ulegną przerostowi i odsznurowaniu.

Madelung wysuwa następujące kryteria, pozwalające na odróżnienie nabytego wola

dodatkowego od wrodzonego: 1) obecność postronka łącznotkankowego łączącego gruczoł dodatkowy z tarczycą, 2) stwierdzenie zagłębienia na powierzchni tarczycy w miejscu,w którym oddzielił się od gruczołu właściwego gruczoł dodatkowy, 3) w tarczycach rzekomych cechy odrębności gruczołu nie są zaznaczone w tym stopniu, co w prawdziwych.

Tarczyce dodatkowe spotykano na całej szyi, począwszy od podstawy języka aż do górnego odcinka klatki piersiowej, i to zarówno po jednej, jak i równocześnie po obydwu stronach. Wytłumaczenie tak różnorodnego ich usadowienia znajdujemy w rozwoju płodowym tarczycy, stosunku jej do sąsiednich narządów w życiu zarodkowym i w zstępowaniu tarczycy zarodkowej wraz z pniem tętniczym *(truncus arteriosus)*.

Mówimy o zaburzeniach rozwojowych w przypadkach, w których tarczyce dodatkowe powstały z zupełnie zanikłych w życiu płodowym części przewodu tarczowo-językowego. W innych przypadkach chodzi o odsznurowanie w życiu płodowym części gruczołu. Przyczyny warunkujące takie odsznurowanie się części tarczycy nie są dokładnie znane *(Schwalbe)*; zdaniem *Wegelina* bywają one różnorodne. Najprostszym bodaj wydaje się przypuszczenie, że pewne obwodowe części zawiązków tarczycy wchodzą w ściślejszy niż normalnie związek, być może nawet połączone są zrostami z sąsiednimi narządami, które w przebiegu rozwoju coraz bardziej odsuwają się od tarczycy i wskutek tego tracą związek z głównym gruczołem. Tak prawdopodobnie należałoby tłumaczyć znalezioną przez *Wölflera* tarczycę dodatkową na odcinku wstępującym tętnicy głównej, przez *Harta* — w miąższu grasicy, przez *Cappona* — w mięśniu sercowym. *Wegelin* wielką pod tym względem rolę przypisuje również unaczynieniu. Twierdzi bowiem, że części gruczołu tarczowego odżywiane przez naczynia narządów sąsiednich szczególnie łatwo oddzielać się mogą od właściwego gruczołu. Niekiedy mięśnie, względnie chrząstka prowadzą do odsznurowania się części tarczycy. *Ecker* i *Wiedersheim* doszukują się przyczyny powstawania tarczyc dodatkowych w często spotykanym nieregularnym podziale tarczycy na dwa płaty.

Tarczyce dodatkowe należą do narządów bynajmniej nie wyłącznie właściwych człowiekowi. Z pośród zwierząt szczególnie często znajdowano je u świnek morskich i psów, znacznie rzadziej u innych zwierząt. Zdaniem *Rabla* u świnek morskich spotyka się je niemal z reguły w okolicy kości gnykowej. *Wölfler, Swarts* i *Thompson, Deweley, Davis, Cohrs* znajdowali u 50% badanych psów tarczyce dodatkowe na wewnętrznej powierzchni osierdzia w pobliżu tętnicy głównej, *Hutyra* — w mięśniu sercowym, *Kaltenbröck* — we wsierdziu. Powstawanie w tych miejscach tarczyc dodatkowych tłumaczy się bliskim związkiem zachodzącym między rozwijającą się tarczycą a pniem tętniczym.

Jeśli chodzi o boczne tarczyce dodatkowe, to *Payr* i *Martina* dzielą je na trzy podgrupy: podżuchwowe, boczne w ścisłym tego słowa znaczeniu i pozaobojczykowe. Genetycznie wszystkie one pozostają w ścisłym ze sobą związku, ponieważ pochodzą od bocznych zawiązków tarczycy. W szeregu przypadków stwierdzono równoczesną obecność 3 rodzai bocznych tarczyc dodatkowych u jednego osobnika *(Reich)*.

Tarczyce dodatkowe niejednokrotnie bywają punktem wyjścia wola. Określa się je na podstawie tego samego podziału co i dodatkowe tarczyce. Liczba ogłoszonych dotychczas przypadków woli bocznych szyi jest znacznie większa niż bocznych tarczyc dodatkowych. Jest to zresztą zrozumiałe, gdyż guz może posiadać znaczenie klinicz-

ne i łatwiej zwraca na siebie uwagę na sekcji, niż nie powiększony, drobny stosunkowo gruczoł. Niepodobna zresztą ściśle rozgraniczyć od siebie wyłącznie na podstawie rozmiarów tarczyc dodatkowych od dodatkowych woli, pierwsze bowiem w poszczególnych przypadkach mogą posiadać różną wielkość. Przeważnie nie są one większe od ziarna grochu lub bobu, mogą jednak również mieć rozmiary mikroskopowe.

Tarczyce dodatkowe mogą posiadać ważne dla ustroju znaczenie narządu zastępczego przy niedorozwoju właściwej tarczycy. Tego rodzaju spostrzeżenia niejednokrotnie już poczyniono w przypadkach wola języka. Przeważnie jednak praktyczne znaczenie tarczyc dodatkowych ogranicza się niemal wyłącznie do tego, iż bywają one niekiedy punktem wyjścia wola. Zwyrodnieniu ulec może zarówno jedna tylko, jak i szereg tarczyc u jednego osobnika. Znane też są przypadki, w których jedne z tarczyc dodatkowych nie uległy zmianom, inne natomiast przekształciły się w wole (przypadki *Madelunga* i *Zenkera*).

Rozwój wola z tarczycy dodatkowej nie pozostaje bynajmniej w ścisłym związku ze zmianami zachodzącymi w miąższu tarczycy znajdującej się na normalnym miejscu. Często zdarzało się bowiem, że stwierdzano obecność wola dodatkowego znacznych nawet rozmiarów w przypadkach, w których sama tarczyca przedstawiała się zupełnie prawidłowo.

Ci którzy twierdzą, że istnieją trzy, a nie jeden zawiązek tarczycy, przyjmują, że wola dodatkowe mogą wychodzić zarówno z bocznych, jak i środkowego zawiązka tarczycy i rozróżniają wola dodatkowe środkowe i boczne.

Boczne tarczyce dodatkowe spotykano w bocznych częściach szyi na przestrzeni między dolnym brzegiem żuchwy, obojczykiem a przednim brzegiem mięśnia kapturowego. Wychodzące z nich wola niejednokrotnie przekraczały znacznie te granice. Najczęściej bywały one ułożone przy bocznym brzegu tarczycy, częściej — według *Schragera* — w środkowym niż w bocznym trójkącie szyi. W przypadku *Stanleya* wole dodatkowe zachodziło na mięsień kapturowy, w przypadku *Reicha* — poza obojczyk, w przypadku *Hafftera* — po za mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy. W jednym z przypadków *Reinbacha* guz, rosnący od 24 lat, zajmował przestrzeń od górnego otworu klatki piersiowej aż do podstawy czaszki. Cztery podobne przypadki ogłosił *Cattell.* W przypadku *Kapsammera* jeden biegun guza znajdował się w dołku nadmostkowym, drugi — na karku. Wola te częściej spotykano po stronie prawej *(Gruber, Schlüter, Madelung* i in.). Być może pozostaje to w związku z tym, że prawy płat tarczycy zwykle jest większy od lewego i częściej też bywa punktem wyjścia wola. Znajdowano jednak również wola dodatkowe równocześnie po obydwu stronach *(Reich, Morin),* bądź też kilka oddzielnych guzków po jednej stronie *(Madelung, Stern, Ssalitschew* i in.). W naszym przypadku dwa guzki znajdowały się po stronie prawej szyi.

Pierwsze doniesienie kliniczne o dodatkowym wolu bocznym szyi pochodzi z 1853 r. *(Stanley),* tego rodzaju budowę posiadał bowiem usunięty przez niego u 62-letniej kobiety guz szyi, zachodzący na mięsień kapturowy. Dalsze przypadki ogłosili: *Schlüter, Hinterstoisser, Demme* i *Socin, Jores, Ssalitschew, Peterson* i in. Do roku 1906, łącznie z przypadkami *Payra* i *Martiny,* operowano 21 prawdziwych odosobnionych bocznych woli dodatkowych. W 1911 r. *Reich* dołączył do nich 3 własne przypadki. W ostatnich latach ogłosili dalsze spostrzeżenia: *Bettmann, Bagajowa* i *Berezin, Crowther, Vogel, Lewisohn, Wildenberg, Kuseva* i in. Z pośród autorów ame-

rykańskich *Cattell* ogłosił 13 własnych spostrzeżeń. Ogólna ilość ogłoszonych do dziś przypadków prawdziwego bocznego wola dodatkowego przekracza 50.

Wola dodatkowa ulegać mogą wszystkim tym zmianom, co i wole główne; poza gruczolakami o różnej budowie i różnych właściwościach spotykano w nich bowiem obecność torbieli, zwapnień, zmian zapalnych itd.; mogą też być punktem wyjścia nowotworów złośliwych. To też w poszczególnych przypadkach posiadały one różne kształty i osiągały różną wielkość. Niektóre z nich niczym nie różniły się od zwykłego wola. Przeważnie miały kształt okrągły, jajowaty lub walcowaty; bardziej zmienny bywał on bodaj tylko w przypadkach woli dodatkowych wychodzących z płata środkowego. Spotykano je przeważnie w okresie pokwitania, rzadziej u małych dzieci. W przypadkach *Langenbecka* stwierdzono obecność guza u rocznego dziecka. W materiale *Cattella* wszakże wiek chorych dotkniętych wolem dodatkowym wahał się między 11. a 70-ym rokiem życia. Powiększały się one z reguły powoli i upływało zwykle wiele czasu, zanim osiągały znaczniejszą wielkość. Usunięty w przypadku *Reinbacha* guz rósł 24 lata, w przypadku *Payra* — lat 16.

Wyjątkowo tylko ustalono przed zabiegiem właściwe rozpoznanie. Okazało się przy tym, że znacznie jest łatwiej rozpoznać wole dodatkowe rzekome, pozostające w związku z tarczycą, niż prawdziwe. W szeregu przypadków dopiero odsłonięcie guza, względnie nawet jego badanie histologiczne, wyjaśniało właściwy charakter sprawy. Przeważnie mylono je w klinice ze schorzeniami gruczołów chłonnych *(Bruck, Virchow, Kroenlein* i in.). *Sudeck,* opisując guz rozmiarów 7 $\times$ 3 cm, znaleziony na zewnętrznym brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, podkreśla, że każdy uważałby go za pakiet zserowaciałych gruczołów chłonnych. Szczególne trudności rozpoznawcze nastręczały przypadki torbielowatego zwyrodnienia wola, dalej te przypadki sprawy zapalnej toczącej się w gruczole, w których przyszło do zropienia i powstania przetok. Tak np. u chorej *Lewisohna* powstał olbrzymi ropień zajmujący prawie całą połowę szyi.

Wola dodatkowe nie dają typowych objawów, nie posiadają cech dość charakterystycznych. Nie zmieniają one swego położenia przy ruchach połykowych, ponieważ przeważnie nie pozostają w związku z krtanią. Cechuje je dalej znaczna na ogół ruchomość. *Madelung* uważał za cechę charakterystyczną łatwość, z jaką guz zmienia swe położenie przy ruchach ciała i twierdził, że zmiana ta bywa odczuwana nawet przez samych chorych. Zdaniem *Payra* wszakże objaw ten występuje tylko wyjątkowo przy znaczniejszych rozmiarach guza. Wielkość wola dodatkowego, pomijając jego zwyrodnienie złośliwe, nie ulega na ogół zmianom w krótkim stosunkowo czasie, niektóre wszakże wola nabrzmiewają u kobiet w okresie periodu *(Payr).*

Powierzchnię wola, przeważnie gładką, pokrywa obficie unaczyniona torebka, w jednych przypadkach łatwiej, w innych trudniej dająca się złuszczyć z guza. Sprawa unaczynienia tarczyc i woli dodatkowych nie jest do dziś jeszcze zgodnie ustalona. Zdaniem jednych naczynia ich odchodzą od tętnic tarczycy, podczas gdy inni twierdzą, że naczynia tarczyc dodatkowych z naczyniami tarczycy nie mają nic wspólnego, że chodzi tu o gałązki naczyń innych narządów.

Tarczyce dodatkowe bardzo często ulegają zwyrodnieniu torbielowatemu. Zmienia ono niekiedy tak znacznie wygląd makroskopowy tarczycy, iż dopiero dokładne badanie histologiczne pozwala wykazać z jaką tkanką mieliśmy do czynienia *(Madelung).* Niekiedy spotykano torbiele wie-

lokomorowe, w innych przypadkach cały narząd przekształcał się w jedną wielką torbiel. W ścianach torbieli spotykano niekiedy partie zwapniałe lub skostniałe *(Poland, Madelung, Stern* i in.). Treść torbieli stanowiła substancja koloidowa, bądź płyn surowiczy *(Porta, Rokitansky)*, czerwono-brunatny — w następstwie krwawień do światła torbieli *(Werner)*, wreszcie wyjątkowo — płyn barwy mlecznej *(Rouget)*. W przypadku *Schlütera* torbiel wielkości głowy dziecka, której ściana posiadała utkanie tarczycy, wyszła z tarczycy dodatkowej bocznego trójkąta szyi. W przypadku *Hofmeistera* wole dodatkowe przekształciło się w torbiel wielkości pięści, ułożoną pod skórą klatki piersiowej. Zmiany torbielowate stwierdzono równocześnie i w samej tarczycy, z którą guz łączył się przy pomocy szypuły.

Nie rzadko tarczyce dodatkowe bywały punktem wyjścia nowotworów. Spotykane guzy odpowiadały swą budową płodowemu gruczolakowi, torbielako-gruczolakowi brodawczakowemu, zwykłemu gruczolakowi, wreszcie rakowi. Te ostatnie najczęściej wychodziły z bocznych tarczyc dodatkowych, przy czym przeważnie posiadały utkanie raka gruczołowego brodawkowatego *(Parcelier, Venot* i *Bonin, Hinterstoisser* i in.), wyjątkowo zaś — raka rdzeniastego (przypadek *Hinterstoissera)*. Przypadki raka wychodzącego z bocznych tarczyc dodatkowych ogłosili dalej *Berger, Pool, Grecusfelder* i *Bettmann. Nordmann* w jednym odcinku bocznej tarczycy dodatkowej stwierdził utkanie rakowe, podczas gdy inne jej części posiadały budowę gruczołu charakterystyczną dla choroby Basedowa. *Bagajewa* i *Berezin* przytaczają z piśmiennictwa 7 przypadków, w których utkanie tarczyc dodatkowych histologicznie nie różniło się niczym od obrazów spotykanych przy Basedowie, brak było natomiast klinicznych objawów choroby. Jeśli zaś chodzi o raka, to szereg autorów słusznie podkreśla, że rozpoznanie raka wola dodatkowego należy ustalać bardzo ostrożnie, zawsze bowiem uprzednio wyłączyć musimy iż nie mamy do czynienia z przerzutem pierwotnego raka tarczycy, bądź też innego narządu do pobliskich gruczołów chłonnych.

Boczne wola dodatkowe bywały już nieraz powodem szeregu powikłań; spostrzegano zaburzenia oddechowe *(Ssalitschew, Cattell)*, spowodowane uciskiem na tchawicę, dalej objawy ucisku na nerw współczulny i dolny nerw krtaniowy *(Eiselsberg)*. Twierdzono, że znaczne powiększenie się rozmiarów wola dodatkowego może doprowadzić do zaniku tarczycy właściwej na skutek wywieranego na jej miąższ ucisku. W przypadku *Wildenberga*, mimo iż chodziło o dobrotliwe gruczolaki posiadające otoczkę i dobrą ruchomość, spostrzegano zespół objawów Hornera. Wola znajdujące się w dołku nadobojczykowym mogą uciskać na splot nerwowy, co pociąga za sobą wystąpienie zaburzeń czucia na ramieniu oraz objawów ze strony naczyń, np. znikanie tętna na tętnicy szyjnej lub szprychowej, zwłaszcza przy ucisku guza *(Schlüter)*.

Przeprowadzane zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie bocznych woli dodatkowych, wyłączając przypadki w których wole jest usadowione koło kości gnykowej, nie nastręczają zazwyczaj większych trudności technicznych. Rzadko towarzyszyło zabiegowi większe krwawienie. Poważniejsze powikłania zdarzały się tylko wyjątkowo. W jednym z przypadków *Reinbacha* należało podwiązać żyłę szyjną wewnętrzną, ponieważ guz był z nią ściśle zrośnięty. Również *Cattell* wspomina o tym, że w niektórych przypadkach był zmuszony wyciąć żyłę szyjną wewnętrzną. W przypadku *Hinterstoissera,* w którym wole dodatko-

we przechodziło z szyi na jamę pachową, ze względu na uszkodzenie przy zabiegu żyły bezimiennej — musiano ją podwiązać. Ogólnie przyjęto, że przypadki bocznego wola dodatkowego zawsze winny być operowane z tego chociażby względu, iż stosunkowo często ulegają zwyrodnieniu złośliwemu.

Jeśli chodzi o wskazania operacyjne, to zawsze przed usunięciem wola dodatkowego winniśmy przekonać się o tym, czy chory posiada normalną tarczycę, czy też brak jej na właściwym miejscu, oraz czy nie wykazuje ona bardzo znacznych zmian patologicznych, równoznacznych z utratą narządu. Tylko w ten sposób możemy się pewnie uchronić przed powstaniem obrzęku śluzakowego, jak się to zdarzyło w przypadkach *Seldowitscha, Benjamina* i *Chamisso* oraz *Sudecka.*

Rokowanie pooperacyjne w przypadkach dobrotliwego wola dodatkowego jest na ogół dobre. Przy zwyrodnieniu złośliwym konieczne są pooperacyjne naświetlania promieniami Rentgena, przy czym, jak twierdzi *Cattell,* również i te przypadki, w odróżnieniu od innych złośliwych guzów szyi, pozwalają na względnie dobre rokowanie. Wspomnieć wreszcie należy o tym, że możliwe są pozorne nawroty sprawy histologicznie dobrotliwej. W przypadkach tych istotnie chodzi jednak o przekształcenie się w wole w różnym czasie szeregu tarczyc dodatkowych. Tak np. w przypadku *Kuseva* w rok po usunięciu dwu woli dodatkowych, znajdujących się po obydwu stronach szyi, posiadających utkanie spotykane przy Basedowie, stwierdzono obecność podobnych guzów w bocznym trójkącie szyi ponad obojczykiem i wzdłuż mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego. Guzy te, jak wykazało badanie histologiczne, rozwinęły się niewątpliwie z pozostawionych, gdyż nie zauważonych podczas pierwszego zabiegu, tarczyc dodatkowych. Podobnie w przypadku *Wildenberga,* w którym poza obustronną resekcją wola wycięto 5 bocznych woli dodatkowych wielkości jaja kurzego, znajdujących się pod żuchwą, mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym i w okolicy podobojczykowej, przeoczono obecność jeszcze jednego dodatkowego wola, które po kilku tygodniach usunięto.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Bugajewa* i *J. Berezin:* Struma aberrans basedowiana. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 78, 1936; 2. *Cattel R.:* Aberrant thyroid. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 57, 1932; 3. *Cohrs P.:* Beitrag zur Kenntnis der intraperikardialen akzessorischen Schilddrüsen und Epithelkörperchen beim Hund.—Ref.: Anatomischer Bericht, Bd. 18, 1930; 4. *Garre, Küttner, Lexer:* Handbuch der praktischen Chirurgie. Bd. II, 1924; 5. *Hanford J.:* Thyroid nodules in the lateral neck region. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 66, 1934; 6. *Hochenegg-Payr:* Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Bd. I., 1927; 7. *Henke F.* u. *Lubarsch O.:* Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. VIII; 8. *Kirschner-Nordmann:* Lehrbuch der Chirurgie; 9. *Kuseva* M.: Struma aberrans. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir., Bd. 53, 1931; 10. *Lewisohn R.:* Symmetrical lateral aberrant thyroids. Ann. of surg., 84, 1926; 11. *Madelung:* Anatomisches und Chirurgisches über die Glandula thyreoidea accessoria. Arch. f. klin. Chir., Bd. 24, 1879; 12. *Morrin F.:* A case of bilateral accessory thyroids. — Ref.: Anat. Bericht., Bd. 17, 1928; 13. *Payr E.* und *Martina A.:* Ueber wahre laterale Nebenkröpfe, pathologisch-anatomische und klinische Beiträge. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 85, 1906; 14. *Rabl H.:* Ueber die akzessorische Schilddrüse im Zungenbein des Meerschweinchens. Anat. Bericht, Bd. 25, 1931; 15. *Reich A.:* Ueber Struma retrovisceralis mit Halskyphose und über laterale Nebenkröpfe. — Beiträge zur klin. Chir., Bd. 72, 1911; 16. *Schwalbe E.:* Morphologie der Missbildungen. Bd. III, 1928; 17. *Wildenberg L.:* Thyroides aberrantes laterales. — Ref.: Zentrorg. f. d. ges. Chir.: Bd. 50, 1930.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

PRZYPADEK WOLA PODMOSTKOWEGO

podał

Dr Roman Wolański.

Z pośród 160 przypadków wola, operowanych na Oddziale w ciągu ubiegłych lat czterech, w dwu tylko spotkaliśmy się z wolem podmostkowym, nisko schodzącym do śródpiersia. Zwłaszcza ostatni z tych przypadków zasługuje na omówienie.

Chodziło o 40-letnią chorą, która zgłosiła się do szpitala ze skargami na szybkie, zwłaszcza w ciągu ostatnich kilku lat, powiększanie się wola. Równocześnie z szybszym wzrostem guza tarczycy zjawiły się i coraz bardziej nasilały dolegliwości w postaci uczucia duszności i trudności przy połykaniu.

Przy badaniu stwierdzono: chora wzrostu niskiego, wątła. Sinica warg; błony śluzowe różowe. Na skórze dolnej części szyi i górnego odcinka klatki piersiowej widoczne liczne, b. silnie rozszerzone i pokręcone, wyraźnie wypuklające się żyły podskórne, zbiegające się w okolicy nadobojczykowej. Obydwa płaty tarczycy powiększone do rozmiarów pięści — przy czym lewy nieco większy od prawego — dolnym swym biegunem zachodziły poza obojczyk. Posiadały one powierzchnię guzowatą, spoistość zaś nierównomierną. Ponadto nad rękojeścią mostka i w partiach bezpośrednio doń przylegających stwierdzono obecność stłumienia przechodzącego w dole bezpośrednio w stłumienie serca. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało obecność wola podmostkowego: szeroki i silnie wysycony cień guza zlewał się z cieniem łuku tętnicy głównej. Obydwa szczyty okazały się silnie zaciemnione. Kształt cienia serca przedstawiał się prawidłowo (rys. 1).

Zabieg wykonano *(dr Jasieński)* w znieczuleniu splotowym. Po przecięciu skóry cięciem kołnierzowatym musiano przeciąć i podwiązać znajdujące się w tkance podskórnej liczne silnie pokręcone żyły grubości palca, przypominające swym wyglądem żylaki. Po resekcji klinowej obydwu płatów tarczycy, których dolne bieguny schodziły nieco poza obojczyki i mostek, wprowadzono palec do przedniego śródpiersia i przekonano się, że pod rękojeścią mostka, poniżej jego wcięcia, tkwi jeszcze wielki twardy guz dodatkowy. Guz ten przy pomocy długiej wąskiej szypuły łączył się z przemieszczoną nieco ku dołowi węziną gruczołu tarczowego. Przystąpiono więc do uwolniania guza od otoczenia na tępo palcem wprowadzonym do śródpiersia, przy czym okazało się, że najtrudniej było oddzielić go od mostka, z którym wydawał się być ściśle zespolony. Po wielu wysiłkach wypchnięto wreszcie guz ze śródpiersia, po czym podwiązano i przecięto napinające się jeszcze zrosty i guz usunięto w całości. Przy oddzielaniu guza od dołu wyczuwało się wyraźnie tętnienie łuku aorty, do którego dolny jego biegun przylegał bezpośrednio. Guz, wielkości średniej pięści, o spoistości — wobec zawartych pośród miąższu gruczołowego ognisk zwapniałych i kostnych — niejednolicie twardej, posiadał gładkie powierzchnie, poza powierzchnią przednią, na której stwierdzono obecność łączących go z mostkiem i oderwanych odeń w czasie zabiegu blaszek kostnych. Ze względu na stosunkowo wielkie rozmiary i właściwości anatomiczne guz z trudnością tylko zmieścił się w górnym otworze klatki piersiowej i przez chwilę nawet wydawało się, iż nie uda się go wytoczyć bez przecięcia rękojeści mostka. Obawy te wszakże okazały się płonne; w czasie wyciągania guza została tylko silnie ugnieciona tchawica i wystąpiły zaburzenia w oddychaniu; obja-



Rys. 1.

wy duszności ustąpiły jednak natychmiast po wytoczeniu guza.

Usunięty guz, wagi 90 g, posiadał grubą torebkę łącznotkankową, przy czym zewnętrzna jej blaszka na całym niemal obwodzie guza zawierała, obok licznych ognisk skostniałych, dość znacznych rozmiarów blaszki kostne. Na przekroju guza, obok drobnych, widocznych już jednak gołym okiem, różnokształtnych i różnej wielkości torbieli wypełnionych płynem bądź żółtawym, bądź też ciemno-krwawym, widoczne były różnobarwne pola tkanki gruczołowej. Badanie histologiczne wycinków z guza wykazało, iż wszystkie pęcherzyki gruczołowe były niezwykle szerokie. Miejscami, po zlaniu się ze sobą, tworzyły one większe i mniejsze torbiele, przy czym były wyścielone jedną tylko warstwą komórek nabłonkowych kostkowych, bądź komórek płaskich. Światła pęcherzyków wypełniała jednolita masa szklista, poszczególne zaś pęcherzyki otaczała skąpa tkanka łączna miernie unaczyniona. W pasmie łączącym guz podmostkowy z węziną gruczołu tarczowego, obok obfitej tkanki łącznej włóknistej udało się również wykazać utkanie tarczycy.

Wobec tego, że przy zabiegu nie zeszyto szczelnie rany, lecz pozostawiono w miejscu guza podmostkowego dwa dreniki (dla uniknięcia zaś zalegania wydzieliny w ranie ułożono chorą poziomo z górną częścią tułowia opuszczoną niżej od dolnej), gojenie się trwało około 6 tygodni. Przebieg pooperacyjny niczym nie był powikłany, chora opuściła szpital w bardzo dobrym stanie i bez dolegliwości.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z wolem podmostkowym; poza powiększeniem obydwu płatów bocznych, schodzących częściowo do śródpiersia, guz wielkości pięści, połączony przy pomocy wąskiej szypuły z węziną gruczołu tarczowego, w całości znajdował się w śródpiersiu przednim, dochodząc dolnym swym biegunem do łuku tętnicy głównej.

W przeciwieństwie do stosunkowo częstych przypadków, zaliczanych również do wola śródpiersiowego, w których część tylko płatu tarczycy zachodzi poza obojczyk lub mostek, przypadki, w których znaczna część płatu, względnie cały płat jest usadowiony w obrębie klatki piersiowej, spotykamy bardzo rzadko. Stąd pozorne sprzeczności w zestawieniach poszczególnych autorów, dotyczących częstości występowania wola śródpiersiowego. *Krecke* mówi o tym, że wole śródpiersiowe, względnie podmostkowe spotykał w 28% przypadków; *Divis* — w 12%; *Federbaum*, twierdząc że wole podmostkowe jest częstsze niż się na ogół przyjmuje, oblicza jego częstość na 7 — 10%, przy czym podkreśla jednak, że możnaby je stwierdzić prawdopodobnie jeszcze częściej, gdyby wszyscy chorzy byli poddawani badaniu rentgenowskiemu. *Pemberton*, zaliczając do grupy podmostkowych wyłącznie te wola, które przynajmniej połową swej objętości znajdowały się poza mostkiem, schodząc w głąb klatki piersiowej na 1,25 — 12,5 cm, mówi o 13,5% przypadków wola podmostkowego i o 0,6% przypadków wola znajdującego się wewnątrz klatki piersiowej. *Lohey* rozróżnia całkowite i niecałkowite wole zamostkowe; w pierwszym najszerszy przekrój guza znajduje się poniżej szczytu rękojeści mostka, w niecałkowitym natomiast — na szyi ponad wcięciem mostka.

Dwie są zasadnicze postacie wola śródpiersiowego w zależności od tego czy guz jest połączony z tarczycą, czy też nie stoi z nią w żadnym związku, chodzi więc o wole dodatkowe. Te ostatnie bowiem spotykano nie tylko na szyi, lecz również poniżej właściwego gruczołu — poza mostkiem, a nawet w pobliżu łuku tętnicy głównej; budową swą odpowiadały one głównemu gruczołowi, przy czym niekiedy powiększały się znacznie, względnie ulegały zmianom nowotworowym (przypadki *Zenkera, Simssena, Wiesmanna)*.

Przeważnie wole leżące w obrębie klatki piersiowej stanowiło część powiększonej tarczycy, okazującej skłonność do wrastania poza mostek. Bardzo rzadko spotyka-

no wole wrodzone. Rzadko chodziło o całkowite wole podmostkowe, gdy cały gruczoł — wszystkie trzy jego płaty — znajdowały się poza mostkiem, jak to miało miejsce w przypadku *Perrina* i *Mallet-Guya*. Przeważnie część wola znajdowała się na szyi, część zaś w obrębie klatki piersiowej, bądź też chodziło o wole bardzo ruchome, chowające się przy głębokim wdechu (*„goître plongeant”* autorów francuskich), względnie o poruszające się z tchawicą i obniżające znacznie przy wdechu wole wędrujące (*„Wanderkropf”* autorów niemieckich). W jednych przypadkach cały płat gruczołu obsuwał się ku dołowi; w innych guz rozwijający się w dolnym biegunie jednego z płatów bocznych, bądź płatu środkowego, oddzielał się od reszty gruczołu i schodził na szypule do klatki piersiowej. Mały gruczolak, powstały w dolnym biegunie jednego z płatów tarczycy, rosnąc wydłuża się stopniowo ku dołowi i nie napotykając na przeszkodę, wnika do śródpiersia. Początkowo taki małych rozmiarów gruczolak przy ruchach połykowych lub kaszlu może się wydostawać ze śródpiersia. Z czasem osiąga on taką wielkość, iż nie mieści się już w otworze klatki piersiowej, pozostaje przeto stale w śródpiersiu i rośnie w kierunku ku dołowi. Wzrost guza pośród wiotkiej tkanki łącznej śródpiersia odbywa się znacznie swobodniej, niż w wąskim górnym otworze klatki piersiowej. Wskutek wywieranego na guz przez części kostne ucisku częstokroć początkowo powstaje bruzda między guzem szyjnym a śródpiersiowym. Z czasem związek między obydwiema częściami guza stawać się może bardziej luźny: łączy je tylko pasmo postronkowate, niekiedy tak cienkie, iż guz śródpiersiowy na pierwszy rzut oka sprawiać może wrażenie wola dodatkowego, i dopiero dokładne badanie pozwala wykazać, iż jest on połączony z tarczycą. W tego rodzaju przypadkach, zwłaszcza gdy obydwie części gruczołu łączy tylko wąski postronek łącznotkankowy, niektórzy mówią — w odróżnieniu od prawdziwego — o nabytym względnie rzekomym wolu dodatkowym.

Zdania co do tego, z której części gruczołu najczęściej rozwija się wole śródpiersiowe, nie brzmią bynajmniej zgodnie. *Kaufmann* twierdzi, że przeważna część guzów schodzących poza mostek pochodzi ze środkowej części tarczycy. Zdaniem *Gierke* wola zamostkowe wychodzą najczęściej z dolnego bieguna gruczołu, rzadziej z węziny tarczycy. *Sudek* utrzymuje, że wole śródpiersiowe rozwija się zwykle z dolnego bieguna już normalnie głębiej ułożonego lewego płatu; może ono jednak rozwijać się również równocześnie z obydwu dolnych biegunów, zwłaszcza przy niskim usadowieniu gruczołu, spotykanym przy krótkich szyjach. Według *Wuhrmanna* w 37% przypadków guz wychodzi z prawego, w 30% — z lewego i w 33% — ze środkowego płatu; zdarza się też, że wnikają do śródpiersia dwa lub wszystkie trzy płaty gruczołu.

Kształt wola zamostkowego bywa przeważnie kulisty lub owalny; spotykano jednak również guzy klepsydrowate, poprzecznie przesznurowane, względnie nieregularne, z wypustkami. Wielkość ich bywa różna. W przypadku *Hubera* guz wielkości pięści leżał między mostkiem a tchawicą, dochodząc do miejsca jej podziału na główne oskrzela. Znane są jednak guzy znacznie większych rozmiarów, które sięgały nawet do osierdzia (*Verebely*) lub do przepony (*Giehrl* i *Hopmann*), względnie zajmowały znaczną część jamy opłucnej (*Förster*, *Ditrich*, *K. Mayer*).

Charakter anatomiczny woli śródpiersiowych bywa różny. Przeważnie chodzi o wole guzowate; często — o wole gruczołowe, niejednokrotnie zawierające torbiel. W przypadku *Polaka* torbiel, znaleziona w górnym przednim śródpiersiu, wisząca

na szypule i wychodząca z lewego płatu tarczycy, miała pojemność 300 cm³. Względnie często też spotykano w śródpiersiu wole złośliwe, przy czym w jednych przypadkach chodziło o zwyrodnienie początkowo normalnego gruczołu, w innych nowotwór rosnąc rozszerzał się z szyi ku dołowi. W przypadkach *Livraga, Essau, Plückera* i in., podobnie jak i w naszym, stwierdzono w miąższu gruczołu zwapnienia i ogniska kostne, zbudowane z delikatnych beleczek, pośród których znajdował się komórkowy szpik kostny, względnie chodziło o wole podmostkowe skostniałe. Skostnienie to w przypadkach *Essau* i naszym było przyczyną trudności operacyjnych, guz bowiem bezpośrednio łączył się z tylną ścianą mostka.

Wole śródpiersiowe spotykano najczęściej u ludzi po 40-tym roku życia, niemal równie często u mężczyzn jak i kobiet; jedynie w zestawieniu *Federbauma* stosunek obydwu płci przedstawiał się jak 1 : 4.

W zależności od ułożenia guza, jego rozmiarów i kierunku wzrostu, w różnym stopniu uciska on i przemieszcza sąsiednie narządy: tchawicę, oskrzela i naczynia. W ścisłym też z tym związku pozostają spotykane objawy kliniczne.

Najsilniejszemu zniekształceniu ulega zwykle tchawica. Uciskana przez guz może ona ulec wygięciu, skręceniu lub wybitnemu spłaszczeniu już to w płaszczyźnie czołowej, już to strzałkowej, co powoduje zwężenie jej światła. Zwężenie to powstać też może na drodze pośredniej, wskutek ucisku wywieranego na tchawicę przez ścianę przemieszczonej tętnicy bezimiennej, względnie prawej tętnicy szyjnej wspólnej. Stąd zaburzenia oddychania początkowo nieznaczne, postępujące powoli i stopniowo się nasilające. We wczesnych okresach wola podmostkowego chorzy skarżą się na uczucie ucisku poza mostkiem i duszności przy większych wysiłkach fizycznych; przeważnie towarzyszy temu bicie serca. Znacznie później występują napady duszności w czasie snu. Gdy tchawica uciśnięta jest z jednej tylko strony, chory nie odczuwa duszności leżąc tylko na jednym boku. Nocne ataki duszności tłumaczono też gromadzeniem się w tchawicy śluzu, zatykającego w pewnej chwili miejsce jej zwężenia, dalej mechaniczną przeszkodą w odpływie krwi żylnej, wreszcie uciskiem wywieranym przez guz na naczynia i płuca. W dalej jeszcze posuniętych przypadkach oddech staje się słyszalny na odległość (stridor). Przy bardzo wielkich rozmiarach wola ulec może również uciskowi główne oskrzele; prowadzi to zwykle do rozstrzeni oskrzela i zastępczej rozedmy płuca. Wcześnie też wywołuje uczucie duszności, a równocześnie i zaburzenia w połykaniu, wole wrastające w przestrzeń pomiędzy tchawicą i przełykiem *(Krönlein)*, względnie między przełykiem a kręgosłupem *(Störk)*. W dwu przypadkach *Clairmonta* wskutek wywieranego przez guz ucisku powstały uchyłki przełyku.

Częstokroć też guz uciska i przemieszcza naczynia krwionośne. Ucisk wywierany na duże żyły w górnym otworze klatki piersiowej prowadzi do zaburzeń w odpływie krwi żylnej. Wyrównuje je w zupełności w ciągu długiego czasu rozwijające się zastępcze krążenie oboczne przez znacznie rozszerzone żyły podskórne. Zwłaszcza przy ucisku wywieranym przez guz na jedną bądź też obydwie żyły szyjne wewnętrzne — powierzchowne żyły szyi i klatki piersiowej znacznie się rozszerzają, niejednokrotnie przypominając swym wyglądem głowę meduzy. Niekiedy spotykamy powikłania w postaci zakrzepów żylnych. W przypadku *Schultzego* ucisk guza sprowadził zakrzep żyły bezimiennej i wewnętrznej żyły szyjnej. W przypadku

Essau wystąpił zakrzep w żyłach ramienia. W jednym z przypadków *Clairmonta* ucisk na naczynia był przyczyną wystąpienia obrzęku obydwu kończyn górnych. W przypadku *Màtyása* spostrzegano obrzęk ramienia i prawej połowy szyi. Ucisk wywierany przez guz na końcowy odcinek przewodu piersiowego był w przypadku *Schultzego* powodem wylewu mlecza do opłucnej (chylothorax).

Guzy wielkich rozmiarów mogą przemieszczać łuk aorty, a nawet serce *(Mayer, Franchin)*, przy czym, wskutek bezpośredniego przylegania guza do łuku tętnicy głównej, niekiedy spostrzegano udzielone tętnienie.

Z pośród nerwów najczęściej bywały przemieszczone i uciśnięte nerw przeponowy, błędny oraz lewy dolny nerw krtaniowy.

Rozpoznanie przypadków wola podmostkowego jest na ogół łatwe ze względu na objawy uciskowe spotykane ze strony narządów szyi i śródpiersia, wytwarzanie się obocznego krążenia żylnego, przede wszystkim zaś dzięki charakterystycznemu obrazowi rentgenowskiemu. Wiele wszakże przypadków przebiega w ciągu szeregu lat zupełnie bezobjawowo, inne dają objawy nie dość charakterystyczne, co prowadzi do błędów rozpoznawczych. Nie należą one bynajmniej do wyjątkowych w przypadkach, w których nie stwierdza się na szyi obecności guza. Niekiedy guz bywa widoczny przy kaszlu lub nadęciu się, t. j. przy znacznym podniesieniu się ciśnienia śródpiersiowego. Niekiedy udaje się wyczuć palcem obecność twardego oporu poza rękojeścią mostka; w innych wszakże przypadkach badanie to zawodzi. Spotykano nawet sporadycznie chorych, u których mimo ciężkiej duszności nie udało się wykazać klinicznie obecności guza. Stłumienie nad mostkiem, względnie nad górnym płatem płuca, należy również do objawów nie stałych. Mimo zaś istnienia pośrednich objawów klinicznych ze strony narządów sąsiednich: duszności, sinicy, spania w pozycji siedzącej, chrypki, bólów szyi, ramienia, łopatki, bólów i uczucia pełności w górnej części klatki piersiowej, będących wyrazem ucisku wywieranego przez guz na narządy śródpiersia — mylono niejednokrotnie przypadki wola podmostkowego z rozedmą płuc, dychawicą, dusznicą bolesną i innymi schorzeniami serca, względnie błędnie myślano o guzie płuca lub śródpiersia, bądź też o tętniaku tętnicy głównej. Szczególne trudności rozpoznawcze nastręczają przypadki wola podmostkowego u osób sercowo chorych. Mówi się wprawdzie, że najpewniej rozstrzyga rozpoznanie badanie rentgenowskie, zdaniem *Federbauma* jednak również i rentgenolodzy niejednokrotnie już mylili wole podmostkowe z tętniakiem tętnicy głównej. Różnicowanie między wolem a guzami grasicy nie napotyka zwykle na większe trudności, te ostatnie bowiem zwykle dają na kliszy cień bardziej rozlany, bez ostrych granic, nie osiągają tak znacznych rozmiarów i nie wywołują poważniejszych objawów uciskowych. Najpewniej wszakże rozstrzyga wątpliwości rozpoznawcze stosunek widocznego na kliszy cienia do tchawicy. W przeciwieństwie do wola inne guzy śródpiersia rzadko tylko przesuwają tchawicę, stałym zaś niemal objawem towarzyszącym wolu jest skręt tchawicy. Rozpoznajemy go również przy badaniu klinicznym na tej podstawie, że rowek chrząstki tarczowatej nie leży ściśle w linii środkowej, lecz jest nieco przesunięty na zewnątrz. Wreszcie wole, w przeciwieństwie do innych guzów śródpiersia, porusza się przy połykaniu.

Leczenie wola podmostkowego może być tylko chirurgiczne, każdemu bowiem z tych chorych grozi w każdej niemal chwi-

li niebezpieczeństwo uduszenia się. Jest ono szczególnie groźne w przypadkach, w których następuje nagłe powiększenie się rozmiarów wola wskutek zaburzeń krążenia: zastoju i obrzęku, względnie powstania wylewu krwawego do miąższu gruczołu. Ze względu na to poważne niebezpieczeństwo szereg chirurgów słusznie żąda, aby chorzy dotknięci wolem wcześnie byli operowani, zanim wytworzy się wole śródpiersiowe, tym bardziej, że leczenie operacyjne przypadków wola podmostkowego względnie śródpiersiowego niejednokrotnie nastręcza wielkie trudności. Już *Kocher* twierdził, że zabieg ten jest b. uciążliwy i wymaga od operatora wielkiej wprawy i doświadczenia. Podręczniki mówią, że, przy wielkich rozmiarach guza i w razie istnienia silnych jego zrostów z otoczeniem, wydobycie guza normalną drogą przez szyję może się okazać zupełnie niemożliwe. W przypadkach tych zalecają rozszczepienie mostka w linii środkowej przy pomocy nożyc Schumackera, zdłutowanie części mostka bądź jego rękojeści, jak to czynili *Billroth* i *Schloffer*, mediastinotomię *Sauerbrucha*, względnie przecięcie mostka według *Heyrosky'ego* — *Plenka* — *Hohenega* w kształcie odwróconego Y, a przy zawodzie i tych metod — boczną mediastinotomię *Kochera*, polegającą na przecięciu II, III, a nawet i IV żebra. Wielu wszakże chirurgów twierdzi, że nigdy w tych przypadkach nie byli zmuszeni do rozszerzania zabiegu na części kostne i że przy odpowiednim postępowaniu zawsze udawało im się wytoczyć guz takich nawet rozmiarów, przy których inni z reguły uciekali się do przecięcia mostka *(De Quervain, Pemberton* i in.). Niektórzy są zdania, że wskazania do rozszerzenia zabiegu zachodzą tylko wyjątkowo. *Merk, Polak, Lange* i *Dendeen* raz tylko wykonali sternotomię względnie mediastinotomię, *Haberer* — dwukrotnie, *Divis* zaś — trzykrotnie. *Lecène* i *Leriche* mówią o niskim skórnym cięciu kołnierzowatym i stosunkowo częstej potrzebie przecięcia mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego po jednej tylko stronie. Przeważnie jednak obejść się można zarówno bez zabiegu na częściach kostnych, jak i bez przecinania tego mięśnia.

Za najbardziej oszczędzającą metodę operacyjną uważa *Clairmont* wytoczenie guza przy pomocy cugli, *Glatzel* — przy pomocy pętli *Rutkowskiego.* Wszyscy przyznają zgodnie, że zabieg zawsze rozpocząć należy od podwiązania i przecięcia naczyń tarczycowych górnych i uwolnienia górnego bieguna gruczołu, a następnie dopiero możemy przystąpić do wytaczania guza podmostkowego. Zabiegowi nie towarzyszy zwykle większe krwawienie, gdyż, jak to słusznie podniósł *Bérard,* przerosły płat tarczycy wciągnięty do klatki piersiowej, pociąga zwykle za sobą i mocno naciąga naczynia dolnego bieguna gruczołu. *Pemberton* wszakże, *Lohey* i in. słusznie podkreślają, że wobec często spotykanego niestosunku między średnicą górnego otworu klatki piersiowej a rozmiarami guza, dalej wskutek ujemnego ciśnienia panującego w śródpiersiu — próby wyciągnięcia guza z poza mostka nie tylko napotykają na wielkie trudności techniczne, lecz i kryją w sobie poważne niebezpieczeństwa, związane zwłaszcza z rozdarciem guza i nieuniknionym w tych przypadkach krwawieniem. Aby zapobiec tym powikłaniom polecają oddzielić uprzednio guz od zrostów przy pomocy palca wprowadzonego do śródpiersia, następnie zaś wypychać guz palcem w kierunku od dołu ku górze, pociągając zań równocześnie drugą ręką. Tego rodzaju postępowanie wydaje się nam najwłaściwszym i najbardziej skutecznym. *Pemberton* zaleca jednak ponadto wprowadzenie przed zabiegiem sztywnego cewnika do tchawicy dla podawania choremu tą drogą tlenu w

czasie zabiegu. Ma to na celu zapobieżenie zaburzeniom oddychania i uduszeniu się chorego podczas uwalniania i wytaczania guza ze śródpiersia. Postępowanie to wszakże nie wielu zdaje się znalazło zwolenników; wydaje się nam ono zbędnym, a dla chorego bynajmniej nie obojętnym.

Różnice w postępowaniu poszczególnych chirurgów dotyczą wreszcie sprawy, czy ranę operacyjną należy zeszyć szczelnie, czy też sączkować; ci, którzy szczelnie zeszywają powłoki przy wszystkich operacjach wola, kładą szczególny nacisk na szczelne zeszycie rany w przypadkach wola podmostkowego. Inni natomiast po usunięciu guza ze śródpiersia uważają za konieczne sączkowanie względnie drenowanie jego łożyska. To ostatnie postępowanie wydaje się nam bardziej racjonalnym; kto raz widział ropne zapalenie śródpiersia po operacji wola, ten z góry będzie mu się starał w każdym przypadku zapobiec, sączkując powstałą po usunięciu guza pustą przestrzeń i odpowiednio układając chorego dla zapewnienia należytego odpływu zbierającej się w niej w pierwszych dniach po zabiegu krwi i chłonki.

Za przeciwwskazanie do zabiegu uważa *Clairmont* zły stan ogólny i podeszły wiek chorego, choroby serca i znaczne wychudzenie.

PIŚMIENNICTWO:

Clairmont: Über die Struma endothoracica. — Münch. med. Wcchschr., 1923. *Chworow* i *Preobrażeński:* Symptcmatologie der retrosternalen Kropfes. — Wiestnik Endokrinołogii, 6, 1932. *Clute H. M.:* Diagnosis of substernal goiter. — Surg. Clin. N. Amer., 9, 1929. *Divis, Jivi:* Zur Operation des mediastinalen Kropfes. — Cas. lek. ćesk. 1936. *Denneen E.:* Mediastinotomy for substernal goiter. — An. cf Surg. 103, 1936. *Engel K.:* Zur Symptomatologie der Struma substernalis. — Wien. klin. Wochschr., 17, 1914. *Esau P.:* Retrosternale Strumen. — Zbl. f. Chir. 1931. *Federbaum D.:* Substernal thyroid. — Amer. Journ. of the med. Sc., 171, 1926. *Glatzel J.:* Leczenie chirurgiczne wola. — Polski Przegl. Chirurg. T. VI, z. I, 1927. *Hurxthal L.:* Choking as a symptom of goiter. — Surg. Clin. N. Amer., 12, 1932. *Henke-Lubarsch:* Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. *Huber P.:* Intrathoracale Struma. — Zbl. f. Chir., 1936. *Hunziker u. Pfister:* Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg., 82. *Haberer:* Oesophagus Divertikel, retrosternale Struma und blutendes Magengeschwur bei denselben Patienten. — Arch. f. klin. Chir., 122, 1923. *Krecke A.:* Ein bemerkenswerter Fall von Tauchkropf. — Münch. med. Wochschr., 13, 1920. *Lahey F. a. W. Swinton:* Intrathoracic goiter. — Surg. etc., 58, 1934. *Lange:* Primäre Sternumspaltung bei intrathoracaler Struma. — Zbl. f. Chir., 1936. *Lecène et Leriche:* Therapeutique chirurgicale. — 1926. *Livraga:* Contribution a l'étude du goitre osseux. (Riforma medica). — Ref.: Journal de Chirurgie. 50, 1937. *Lahey F.:* The surgical management cf intrathoracic goiter. — Surg. etc., 53, 1931. *Mátyás:* Fall von Struma intrathoracalis aberrans, einen intrapulmonalen Tumor von seltener Lokalisation vertauschend. — Zbl. f. Chir., 1934. *Merke:* Struma mediastinalis. — Schweitz. med. Woch. 1931. *Molnar:* Ein Fall von retrosternalem Kropf. — Klin. Wochschr., 9, 1922. *Polak u. Brumlik:* Intrathoracaler cystischer Kropf. — Ćas. lek. ćesk., 1936. *Pemberton J.:* Surgery of substernal and intrathoracic goiter. — Arch. of Surg., 2, 1921. *Perrin et Mallet-Guy:* Un cas de goitre plongeant. — Lyon Chirurgical, 21, 1924. *Plücker:* Zbl. f. Chirurg., 1925. *Mc. Quillau and Breidenbach:* Morbidity follcving goiter operations. — Annals of Surgery, 106, 1937. *Schultze H.:* Über einen Fall von Chylothorax hervorgerufen durch Kompression der Mündungsstelle des Ductus thoracicus durch eine Struma substernalis. — Wien. klin. Wochschr., 38, 1932.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala S. S. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: *Doc. Dr Jan Zaorski.*

SKRĘT SIECI WIELKIEJ

podał

Jan Falkowski.

Skręt sieci wielkiej jest schorzeniem opisywanym w każdym podręczniku chirurgii, w codziennej jednak praktyce zdarza się rzadko, a właściwe rozpoznanie nie zawsze bywa postawione przed otworzeniem brzucha. Skłania nas to do krótkiego podania historii choroby spostrzeganego i operowanego przez nas chorego.

Dn. 10.VI 1936 r. o godz. 12-ej przywieziono chorego W. W., lat 47, urzędnika, w stanie dość ciężkim, skierowanego przez lekarza urzędowego z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Od czterech dni chory cierpiał na bóle brzucha o zmiennym natężeniu, głównie w prawej dolnej ćwiartce. Mimo to z przerwami pracował w biurze do godz. 11-ej poprzedniego dnia. Nagle dostał napadu nadzwyczaj silnych bólów brzucha, wskutek czego został przewieziony do domu. Ciepłota przed napadem poniżej 37°, podniosła się do 37,4°. Wymiotów nie miał, tylko od czasu do czasu mdłości. W dniu przybycia do szpitala niewielkie samoistne wypróżnienie (stolce w ogóle zaparte). Wiatry odchodzą prawidłowo w ciągu całego czasu trwania choroby. Mocz oddaje w ciągu ostatnich dni z bólem w dole brzucha po stronie prawej. Od urodzenia ma prawostronną przepuklinę pachwinowo-mosznową. Zawartość jej często i łatwo odprowadzał, ostatni raz wczoraj, ale z bólem. Dziś, jak podaje chory, odprowadził przepuklinę tylko częściowo, gdyż ostry ból moszny przy ucisku nie pozwolił mu na dalsze usiłowania w tym kierunku. Pasa przepuklinowego nie nosił. Nigdy dotychczas nie miał objawów uwięźnięcia przepukliny, jak również napadu tak ostrych i gwałtownych bólów, jak wczoraj. Od chwili ustąpienia napadu, który trwał około ½ godziny, do chwili obecnej chory ma uczucie tępego samoistnego bólu w prawej połowie brzucha i w mosznie, wzmagającego się znacznie i nagle przy wszelkich ruchach tułowia i kończyn dolnych.

Przebył dur powrotny, zapalenie woreczka żółciowego, rzeżączkę. Pije napoje wyskokowe, pali.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Chory przytomny, twarz cierpiąca, leży bez ruchu. Wzrost średni, budowa mocna, prawidłowa, otyły. Ciepłota 37,8°. Język suchy, obłożony. Tony serca głuchawe, czynność miarowa. Tętno średnio wypełnione i napięte, 86/min. Płuca bez zmian.

B r z u c h nieco wzdęty, mniej niż normalnie ruchomy podczas oddychania. Osłuchowo od czasu do czasu zwykłe szmery perystaltyczne. Odgłos opukowy w prawej połowie brzucha stłumiony, poza tym bębenkowy. W prawej połowie brzucha, zwłaszcza w dole, duże napięcie powłok i wyraźnie zaznaczona obrona mięśniowa. Dodatni objaw Blumberga na całej powierzchni brzucha. Objawy Rowsinga i Jaworskiego dodatnie. Guzów w obrębie jamy brzusznej nie wyczuwa się (badanie utrudnione wskutek obrony mięśniowej). Ujście zewnętrzne prawego kanału pachwinowego niedrożne, nadzwyczaj bolesne przy badaniu. W ujściu tkwi twór grubości półtora palca, zbity, bardzo bolesny przy ucisku, przechodzący w guz zawarty w prawej połowie moszny.

M o s z n a: Prawa połowa moszny znacznie większa niż lewa, o skórze nieco zaczerwienionej, zawiera twór wielkości małej pięści, zbity, kształtu bryłowatego, o nierównej powierzchni, bardzo bolesny przy ucisku. Worek mosznowy obkurczony wokoło guza, przesuwalność jego nad guzem zachowana, lecz bolesna. Jądro nie daje się wyczuć jako oddzielny twór. Przelewań i kruczeń nie wysłuchano. Lewa połowa moszny ma wygląd prawidłowy, zawiera jądro nie zmienione, jest niebolesna przy ucisku. Badanie palcem przez odbytnicę nie wykazało odchyleń od normy. Okolica nerek niebolesna przy wstrząsaniu. Mocz barwy bursztynowej, przejrzysty, kwaśny, ciężar gatunkowy 1,012, białko i cukier nieobecne, urobilinogen wzmożony, w osadzie w skąpej liczbie płaskie nabłonki, 1 — 2 białych ciałek krwi w polu widzenia, czerwonych krwinek i wałeczków nie stwierdzono, śluzu skąpo. Badanie krwi wykazało 16,500 ciałek białych w mm³.

Na zasadzie tego obrazu nie ulegało wątpliwości, że zachodzą bezwzględne wskazania do natychmiastowej operacji. Rozpoznawaliśmy uwięźnięcie albo skręt w worku przepuklinowym trudnego jeszcze na razie do określenia tworu, ze względu jednak na współistnienie niewątpliwie

ostrych objawów również ze strony brzucha zdecydowaliśmy rozpocząć operację od tego przede wszystkim odcinka.

O p e r a c j a *(J. Falkowski):* Uśpienie eterowe. Cięcie Jalaguiera. Po otwarciu powłok i otrzewnej ujrzano w brzuchu ciemno siną, miejscami żółtawo przeświecającą masę o ziarnistej budowie charakterystycznej dla sieci. Poza tym stwierdzono znaczną ilość wolnego surowiczego, ciemnawo zabarwionego płynu. Podczas wydobywania opisanego tworu stwierdzono, że była to istotnie prawa część fartucha sieci wielkiej, skręcona sześciokrotnie przy poprzecznicy w kształcie grubego powroza. Najniżej leżący odcinek sieci i najbardziej zasiniony wydobyto z dużym oporem z brzusznego ujścia prawego kanału pachwinowego. Po wydobyciu zmienionej sieci na zewnątrz odkręcono ją, nie odzyskała jednak po tym prawidłowego zabarwienia. Nałożono dwie



Rys. 1.

bardzo mocne podwiązki strunowe nad miejscem skręcenia na niezmienione naczynia, po czym odcięto sieć poniżej podwiązek. Wreszcie usunięto wyrostek robaczkowy rozlegle pozrastany z otoczeniem, nieco zaczerwieniony. Powłoki szczelnie zeszyto.

Usunięty odcinek sieci przedstawiał się jako duży i bardzo gruby płat, wagi około 2½ kg, ciemno-sino zabarwiony, miejscami przeświecający żółtawo. Najbardziej intensywnie zabarwiony, niemal granatowo, był odcinek uwięźnięty w mosznie. Naczynia żylne bardzo grube. Preparat formalinowy skręconej sieci (już nieco wysuszony i zmalały) został odrysowany (rys. 1).

W y r o s t e k: Surowicówka zaczerwieniona z drobnymi punkcikowatymi wybroczynami. Ściany nieco zgrubiałe. Śluzówka wygładzona, biaława. W świetle nieco kałowo-śluzowej zawartości.

20.VI 1936 r. Rana zagojona przez rychłozrost. Wypisany z zaleceniem zgłoszenia się w celu operowania przepukliny.

28.IV 1938 r. Chory zgłosił się do kontroli. Przepuklina nie została operowana. Podaje, że dopiero w 4 tygodnie po operacji worek wypełnił się jelitami. Stan ogólny bardzo dobry.

Skręty sieci, jak podają *Cegłowski* (2) i *Hipp* (3) należą do wielkiej rzadkości, ostatnio jednak w piśmiennictwie coraz częściej notowane są podobne przypadki, co zdaje się przemawiać za niedokładnością dawnych statystyk. Pierwszy przypadek skrętu sieci opisał *Marchette* w r. 1851, następny ogłasza w r. 1882 *Oberst.* W 1897 r. *Rudolf* zebrał już 24 przypadki, w 1899 r. *Barącz* ze Lwowa przedstawił na posiedzeniu preparat skręconej sieci, w r. 1905 *Vick* ogłosił statystykę 29 przypadków, w r. 1907 *Lejars* — 66 przypadków, największą zaś statystykę w tym okresie ogłosił *Hodela* z Wrocławia, mianowicie 92 przypadki, w tym jeden własny.

Skręty sieci występują przeważnie u dorosłych między 30. — 40. rokiem życia (zwłaszcza u otyłych mężczyzn), natomiast u dzieci stanowią znikomy odsetek (3).

Skręty sieci wielkiej można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

G r u p a I. Skręty związane w jakikolwiek sposób ze współistniejącą przepukliną. Będą to: 1) skręty w przepuklinach (w worku przepuklinowym lub szyjce przepukliny); 2) skręty w wolnej jamie brzusznej (w związku z odprowadzaniem przepukliny); 3) skręty w worku przepuklinowym i jamie brzusznej jednocześnie (5).

G r u p a II. Skręty w wolnej jamie brzusznej bez widocznej przyczyny.

Grupa I obejmuje przytłaczającą większość przypadków, według *Wojciechowskiego* 90%; tym samym na grupę drugą przypada zaledwie 10%. *Mac Whorter* w

r. 1892 zebrał z piśmiennictwa 24 przypadki prawdziwego śródbrzusznego skrętu sieci, a *P. Leauf* w r. 1932 — 53 przypadki (3).

Poglądy autorów na mechanizm powstawania skrętu sieci i innych narządów nie są jednolite. Zagadnienie to w dostosowaniu do skrętu sieci możnaby uprościć przez schematyczne ustalenie czynników usposabiających (podłoża) i wywołujących. W przenośni moglibyśmy czynniki te określić jako składowe anatomiczne i składowe fizjologiczno-mechaniczne. Skręt sieci w tym ujęciu byłby wypadkową tych składowych.

Składowe anatomiczne stanowią przepukliny oraz zmiany sieci.

1. Przepukliny są najczęściej w tych przypadkach głównym ogniwem w łańcuchu zjawisk i przeobrażeń, doprowadzających w ostatecznym wyniku do skrętu sieci. Przepukliny bowiem odgrywają przy tym podwójną rolę: a) czynnika nadrzędnego w znaczeniu jednej z głównych przyczyn powstawania guzów sieci i b) czynnika równorzędnego z guzami sieci w znaczeniu momentu usposabiającego do powstawania skrętu.

2. Zmiany sieci odgrywają w jej skrętach wielką rolę, zupełnie prawidłowa bowiem, wiotka i cienka sieć ulega skrętowi tylko wyjątkowo (5).

Skrętowi ulega zazwyczaj sieć: 1) bliznowato zmieniona (w obecności przepukliny); 2) nadmiernie otłuszczona; 3) mieszcząca w swym dolnym odcinku guz (5).

Koniecznym warunkiem powstania skrętu sieci jest ponadto wytworzenie się szypuły, do około osi której skręt się odbywa (*Payr, Rudolf* i inni) (2).

Każdy chirurg widuje niemal codzień w worku przepuklinowym odcinki sieci, które wskutek podrażnień urazowych lub zapalnych ulegać mogą w ostatecznym wyniku, po okresach przekrwienia i obrzęku, przerostowi tłuszczowemu lub przemianie łączno-tkankowej i bliznowaceniu. Zmieniony odcinek może się zlepiać i zrastać z workiem, dając sieci drugi punkt zaczepienia, albo też powstały na tym tle guz sieci, przypadkowo czy umyślnie odprowadzony do brzucha, stanowi w dole fartucha sieciowego rodzaj balastu, wywierającego swoim ciężarem znaczny wpływ na statykę pozostałego odcinka sieci.

Nadmierne stłuszczenie sieci nie należy do rzadkości; sieć taka może osiągać wagę wielokrotnie większą od normalnej i oczywiście może powodować swą wagą pewne zaburzenia czynnościowe oraz jest szczególnie narażona na skręt *(Wojciechowski)*. To samo oczywiście dotyczy guzów sieci powstałych na innej drodze, a więc stanów zapalnych sieci, powodujących przerost tłuszczowy pewnego ograniczonego jej odcinka. O guzach tego rodzaju pamiętać należy, zwłaszcza w przypadkach skrętów w wolnej jamie brzusznej bez obecności przepuklin lub bez innej wyraźnej przyczyny.

Jak wynika ze spostrzeżeń klinicznych skrętu sieci, w ogromnej większości przypadków spotykamy zespół polegający na współistnieniu przepuklin, a z wymienionych zmian sieci — przede wszystkim guzów. Według danych zebranych przez *Błażka*, na 90 przypadków guza sieci 79 razy znaleziono również i przepuklinę. Przeciwnie zaś, stykając się z przepuklinami na stole operacyjnym lub sekcyjnym, stwierdzamy często w zawartych w worku przepuklinowym odcinkach sieci początki zmian guzowatych. *Błażek* rozróżnia trzy grupy guzowatych zmian sieci: 1) zmiany guzowate sieci o charakterze zapalno-wytwórczym, występujące pod wpływem rozmaitych urazów, na które zawartość przepukliny stale jest wystawiona, zwłaszcza podczas zstępowania do wor-

ka i odprowadzania; 2) guzy zapalne sieci towarzyszące ostrym i przewlekłym, nieswoistym i swoistym zapaleniom narządów brzusznych oraz ich guzom złośliwym; 3) guzy pooperacyjne sieci, t. zw. guzy Brauna, powstające w następstwie podwiązania jedwabiem większych odcinków sieci.

Składowe fizjologiczno-mechaniczne: Czynnikami wywołującymi skręt sieci w worku przepuklinowym mogą być ruchy robaczkowe jelit, ruchy obrotowe ciała, zwłaszcza rytmiczne lub nagłe (szybkie powstanie z pozycji leżącej, przy ustaleniu jednego bieguna sieci), wreszcie przesuwanie się guza przez kanał przepuklinowy, przy czym guz musi dostosować się w swych ruchach do ścian kanału, co stanowi podobieństwo do ruchów obrotowych płodu, zależnych od budowy dróg rodnych (*Henrichsen* (3), *Wojciechowski, Błażek, Zaorski)*.

Te same czynniki mogą się przyczyniać do powstawania skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej w związku z przepuklinami po ich odprowadzeniu, w przypadkach wytwarzania się guza sieci, wiszącego na górnym odcinku, jak na szypule (*Morris* 3). Należy podkreślić, że chorzy, odprowadzając zawartość przepukliny do brzucha, stosują przy tym przede wszystkim ruchy obrotowe (*Błażek, Zaorski)*. Skręty sieci mogą być jedno- i dwubiegunowe (przypadek *Zaorskiego)*.

Składowe fizjologiczno - mechaniczne skrętu sieci w wolnej jamie brzusznej bez związku z przepukliną trudne są do uchwycenia. Celem wytłumaczenia zjawisk sięgać by tu można, poza wymienionymi wyżej składowymi, do teorii *Sellheima* [1]) i *Payra* [2]), wiedząc zresztą, że nie wyjaśniają one całkowicie sprawy.

Niekiedy sieć może się okręcić do około zrostu rozpiętego w jamie brzusznej. Zdarzają się również przypadki skrętu całej sieci (*omentovolvulus, Lefebvre* 3).

Rozpoznanie skrętu sieci, zdaniem *Błażka,* jest bardzo trudne, o ile zaś nie znajdujemy przepukliny — wręcz niemożliwe; w tych przypadkach regułą jest rozpoznanie błędne. Jedynie chirurg dokładnie obeznany z tym cierpieniem lub ten, któremu zdarza się po raz drugi podobny przypadek, przypomni sobie możliwość jego istnienia. *Błażek* na zasadzie dostępnych mu prac podaje, że dotychczas (1927 r.) postawiono przed operacją właściwe rozpoznanie trzy razy (*Rudolf, Lejars, Cernezzi)*, w trzech innych przypadkach tylko przypuszczano istnienie skrętu. Trudności wynikają z tego powodu, że obraz chorobowy przypomina często inne, ostre lub podostre schorzenia narządów brzusznych. Rozpoznawano wtedy zazwyczaj ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ropień brzuszny, gruźlicę kątnicy itd. W trzech przypadkach skrętu sieci rozpoznano ostrą niedrożność (*Gatellier* i *Maximin* (3).

Cegłowski (1912 r.) podał następujące zestawienie błędnych rozpoznań:

1) w jednym przypadku rozpoznano wgłobienie kiszek (*Schade)*;
2) w jednym przypadku — zapalenie sieci (epiploitis) (*Vignard)*;
3) w jednym przypadku — zamknięcie światła kiszek (*Tuffier)*;
4) w jednym przypadku — gruźlicę kiszki ślepej (*Simon)*;

[1]) Teoria *Sellheima,* dotycząca przede wszystkim skrętu torbieli jajnika, mówi, że każdy człowiek wykonywa pewnego rodzaju ruchy częściej, częste zaś powtarzanie jednakowych ruchów doprowadza z czasem do skrętu.

[2]) Według teorii *Payra,* popartej doświadczeniami fizycznymi i na zwierzętach, skręt powstaje skutkiem zwiększonego ciśnienia w żyłach szypuły, które się wydłużają i zawijają do około tętnicy.

5) w jednym przypadku — uwięźniętą przepuklinę + zapalenie wyrostka robaczkowego;
6) w jednym przypadku — odprowadzenie masowe *(Potherat)*;
7) w jednym przypadku — uwięźnięcie jądra *(Pretsch)*;
8) 8 razy — nie dającą się odprowadzić przepuklinę;
9) 19 razy — uwięźnięcie przepukliny;
10) 24 razy — zapalenie wyrostka robaczkowego;
11) 31 razy nie postawiono rozpoznania.

Tylko w 5 przypadkach rozpoznanie poprzedziło operację.

Wywiady zwracają uwagę na dość ostro przebiegające schorzenie w obrębie brzucha. Początkowe objawy są nagłe, ale nie bardzo burzliwe i niepokojące. Chorzy podają że mają nudności, wymiotów zaś brak lub czasem są nieduże. Lekkie wzdęcie brzucha. Stolce zaparte, wiatry odchodzą niezupełnie. Bóle żywe, niestałe, raczej napadowe, początkowo w okolicy przyczepu sieci. Często wrażenie ciała obcego w brzuchu. *Bohrer* (3) podaje jako ważny objaw wzmaganie się bólów przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą.

P r z e d m i o t o w o stwierdzamy ciepłotę prawidłową w okresach początkowych, później podwyższoną do 38° lub nieco wyżej. Ciepłota w przypadku *Zaorskiego* pod pachą 36,8°, w odbytnicy 38°, w przypadku *Hippa* pod pachą 38°, w odbytnicy 38,5°, w przypadkach *Błażka* 37,2°, *Wertheima* 37,5°, w naszym 37,8°, *Hodeli* 38,3°. Tętno odpowiada wysokości ciepłoty.

Leukocytoza (niewiele spostrzeżeń) w przypadku *Hodeli* 8000, *Wertheima* 10.800, w przypadkach przytaczanych przez *Błażka* była dwukrotnie prawidłowa, w trzech innych przypadkach — 12,000, 17,000 i 19,000, w przypadku własnym *Błażka* 14,000, w naszym przypadku 16,500.

O b j a w y m i e j s c o w e: Niekiedy ograniczenie ruchomości powłok brzusznych podczas oddychania. Mięśnie brzuszne napięte, umiejscowiony opór, bolesność i objaw Blumberga. Skręconą sieć można wyczuć już w początkach choroby jako twardy, bolesny guz, o ile nie przeszkadza temu duże wzdęcie brzucha oraz grubość i napięcie powłok. Na ogół wyczuwa się opór o niewyraźnych, gubiących się granicach, bardziej ruchomy niż naciek (zwłaszcza na boki) i w większości przypadków łączący się za pomocą pasma z guzem przepukliny *(Lejars)*. Odgłos opukowy nad guzem stłumiony. Guz leży częściej po prawej stronie brzucha, co utrudnia rozpoznanie, dając objawy ostrego lub podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Na ogół zatem mamy objawy ostrego, jednak niezbyt gwałtownego zapalenia otrzewnej.

Obecność przepukliny ułatwia rozpoznanie. Sieć skręcona w worku przepuklinowym daje co prawda objawy mniej ostre, ale podobne do uwięźnięcia przepukliny albo uwięźnięcia lub skręcenia w worku innych tworów. Niekiedy sieć przyrośnięta do worka przepuklinowego skręcając się skraca i wciąga do brzucha worek przepuklinowy (przypadek *Payra*), w ktorym występują jednocześnie objawy ostrego zapalenia otrzewnej (1). W przypadku *Wertheima* i naszym wynicowanie worka nastąpiło bez wyraźnego przyrośnięcia (w naszym przypadku nie samoistnie zresztą, lecz podczas operacji).

W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić: skręt jajnika, torbieli, jądra zatrzymanego w jamie brzusznej, powrózka nasiennego lub trzonu krezki, wewnę-

trzną przepuklinę uwięźniętą, podostre zapalenie trzustki, przebicie wrzodu, niedrożność, pierwotne mięsaki sieci (bardzo rzadko występujące), torbiele skórzaste, chłoniaki torbielowate, bąblowca i najczęściej — zapalenie wyrostka robaczkowego (3). Według *Wojciechowskiego* objawy skrętu sieci są bardzo podobne do objawów skrętu torbieli jajnika i burzliwość ich stoi w prostym związku ze stopniem skrętu: im bardziej są skręcone naczynia w szypule, tym cięższe są objawy brzuszne.

Jako następstwa skrętu sieci podaje *Hipp:* 1) zapalenie otrzewnej, 2) zakrzepy i zatory w zakresie krezek jelita cienkiego i grubego a w ich następstwie 3) krwawienie z jelit i nawet 4) ich martwicę. Następstwa skrętu zależne są od stopnia skręcenia i od czasu, który upłynął. *Trenkler* (1, 2) spostrzegał trzykrotne skręcenie sieci, które nie dało żadnych objawów ani zmian chorobowych. W przypadku *Błażka* szypuła skręcona była 4½ razy, *Hippa* — 6 razy, w naszym — 6 razy, *Vicka* (2) — 7 razy. Wyraźne zmiany w sieci i jej otoczeniu występują dopiero wtedy, gdy żyły ulegną zaciśnięciu, dając obraz przekrwienia zastoinowego. Żyły są wtedy przepełnione krwią i częściowo zaczopowane. Krwinki przenikają przez ściany naczyń i zabarwiają miąższ sieci. Powierzchnia sieci pokrywa się nalotami włóknika, a w jamie brzusznej zbiera się płyn surowiczo - krwawy. W okolicznych tkankach występują drobne wybroczyny. W długotrwałym przebiegu sprawy chorobowej sieć traci osłonkę śródbłonkową, zrasta się ze ścianą brzuszną albo z jelitem i otrzymuje odżywienie nowymi drogami. W przypadkach gdy zrost nie następuje, sieć obumiera i powstają liczne drobne ropnie albo jeden wielki ropień, wypełniony cuchnącą ropą czekoladowej barwy (1).

Skubiszewski podał następujący opis zmian histologicznych w przypadku *Błażka:* „w preparatach drobnowidzowych widzimy budowę tkanki tłuszczowej, to jest siatkę składającą się z szeregu oczek. Pomiędzy oczkami przebiegają naczynia włosowate, wypełnione czerwonymi ciałkami krwi. W wielu miejscach naczynia włosowate są poprzerywane, a tkanka tłuszczowa wypełniona czerwonymi krwinkami. Na znacznej przestrzeni widzimy duże ogniska krwotoczne. Czerwone ciałka krwi nie wykazują zmian. W niektórych miejscach w około większych naczyń widać pojedyńcze limfocyty i komórki plazmatyczne". Na podstawie tego obrazu rozpoznano *haemorrhagia omenti.* Badanie bakteriologiczne wykazało jałowość tego preparatu.

L e c z e n i e zachowawcze jest bezskuteczne, gdyż nie chroni przed ropnym zapaleniem otrzewnej i zejściem śmiertelnym. Bezwzględnie wskazane jest leczenie operacyjne, polegające na niezwłocznym otworzeniu brzucha i wycięciu skręconej sieci w jej zdrowym, niezmienionym odcinku. Należy przy tym pamiętać, że podstawa sieci leży na większej krzywiźnie żołądka, do okrężnicy zaś, względnie jej krezki, sieć jest tylko przylepiona (5). Szczegół ten jest dlatego ważny, że sieć skręcać się może, jak w naszym przypadku, przy okrężnicy.

Podwiązywanie szypuły lub nakładanie masowych podwiązek na sieć jest niedopuszczalne, gdyż nawet przy wielkiej ostrożności zdarzają się po tej operacji powikłania w postaci objawów zakrzepowych w naczyniach sieci, a niekiedy i żołądka (wymioty krwawe — 7).

Należy podwiązywać sieć małymi odcinkami i używać jako podwiązek tylko struny, aby zapobiec powstawaniu guzów Brauna (1). Odkręcanie sieci nie jest za-

lecane, a nawet uważane przez niektórych za błąd, gdyż jest niebezpieczne. W następstwie bowiem odkręcania mogą zostać uruchomione zakrzepy, dając krwawienia i drobne owrzodzenia w żołądku oraz zatory w wątrobie. Samo tylko odkręcenie nie chroni zresztą od nawrotu.

R o k o w a n i e w przypadkach wcześnie operowanych jest dobre. Notowano tylko bardzo nieliczne przypadki zejścia śmiertelnego po operacji i to w następstwie nie dość doszczętnego lub nie zupełnie prawidłowo przeprowadzonego zabiegu (3 przypadki śmierci na 94 operowanych — *Błażek).*

W nawiązaniu do naszego przypadku chcielibyśmy zastanowić się głównie nad dwoma schorzeniami, które przede wszystkim zaprzątały myśl naszą i, jak się okazało, w dużym stopniu słusznie. Chodzi o ostre zapalenie wyrostka robaczkowego oraz uwięźnięcie przepukliny pachwinowo-mosznowej, gdyż na pierwszy rzut oka robiło wrażenie, że mamy do czynienia z jednym i drugim.

W wywiadach, jeśli chodzi o ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, poza pewną liczbą objawów z a mamy kilka p r z e c i w. Są to: prawidłowa niemal do ostatniej chwili ciepłota, brak wymiotów, normalne oddawanie wiatrów i częściowo stolca. Jeśli chodzi o badanie przedmiotowe, to tu jeszcze śmielej moglibyśmy się przychylić na korzyść ostrego zapalenia wyrostka, choć znów zastanawia nas — przy obłożonym, suchym języku, objawach otrzewnowych i wysokiej leukocytozie — niewysoka ciepłota i stosunkowo wolne tętno. W wywiadach nie mamy również, poza bólem, zasadniczych objawów uwięźnięcia przepukliny w zwykłym zrozumieniu, to znaczy uwięźnięcia jelita. Badanie przedmiotowe natomiast każe tę sprawę wysunąć na pierwszy plan: biorąc pod uwagę znaczną zbitość, bryłowaty kształt i wielkość uwięźniętego guza i przypominając jeszcze raz z wywiadów brak wymiotów oraz prawidłowe oddawanie wiatrów i stolca, nasuwa się myśl, że u mężczyzny będzie to najprawdopodobniej sieć [3]). Uwięźnięcie wolnej do niedawna sieci łącznie z częstym jej odprowadzaniem kojarzy się z możliwością skrętu sieci, z następowym zaciśnięciem szypuły, zastojem żylnym, obrzękiem i uwięźnięciem obrzękłego odcinka. Nagły napad niesłychanie silnych bólów, który złożył chorego, był objawem towarzyszącym ostatniemu skręceniu, zaciskającemu zupełnie naczynia. Taki przebieg zjawisk mógłby wyraźniej tłumaczyć objawy brzuszne u chorego i wypełnić luki, powstające przy wyłączeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozpatrując rozwój sprawy a b o v o, możnaby sobie wyobrazić, że zanim schorzenie doszło do spostrzeganego przez nas okresu rozwoju, postępować mogło dwoma torami:

T o r p i e r w s z y: 1) wędrówka sieci do okolicy wyrostka robaczkowego, przebywającego wówczas niewątpliwie stan zapalny (w wywiadach brak danych, ale obraz wyrostka in situ nie nasuwał pod tym względem zastrzeżeń); 2) odcinek sieci, przebywając sprawę zapalną, guzowato grubieje; 3) duży guz sieci, który pozostał mimo pewnych przemian po zlikwidowaniu sprawy zapalnej, opada siłą cięż-

---

[3]) Niedawno operowałem kobietę z uwięźnięciem w worku przepukliny udowej bardzo dużego przyczepka sieciowego esicy. Ze względu na zbitość i jajowaty kształt uwięźniętego tworu stawialiśmy w różniczkowaniu na pierwszym miejscu jajnik, na drugim — sieć. Fakt ten nasuwa mi się mimowoli na myśl jako sprawa chorobowa, którą właściwie należałoby u w z g l ę d n i ć w r ó ż n i c z k o w a n i u r ó w n i e ż i w o p i s a n y m p r z y p a d k u.

kości ku dołowi w pozycji stojącej chorego; rozciągając, a może i rozrywając częściowo sieć u podstawy podczas gwałtowniejszych ruchów chorego, opuszcza się do najniższego w danym przypadku uchyłka jamy brzusznej, to znaczy do worka prawostronnej wrodzonej przepukliny; jednocześnie okolica przyczepu prawej połowy sieci przekształca się w coraz cieńszą szypułę; 4) częste odprowadzanie sieci z worka przepuklinowego do brzucha przez chorego mogło wpłynąć na skręcanie się szypuły w jednym kierunku; duża masa skręcanej stale przez długi czas sieci nie pozwalała w następstwie na samoistne odkręcenie; guz mógł ulegać jednocześnie dalszemu odczynowemu powiększaniu; 5) w ciągu ostatnich dni, w następstwie coraz większego skręcania i wtórnego przekrwienia biernego, powstał obrzęk zastoinowy całej prawej połowy sieci z towarzyszącymi bólami brzucha; w następstwie obrzęku sieci doszło do uwięźnięcia odcinka zawartego w worku przepuklinowym, co wzmogło miejscowo i tak już ciężkie objawy; jednocześnie zaczął gromadzić się w jamie otrzewnowej płyn, pochodzący z zastoinowo obrzękłej sieci; 6) zejściem ostatecznym byłaby martwica sieci z objawami otrzewnowymi i wysoką leukocytozą oraz dołączającymi się prędzej lub później — wskutek zakażenia mas martwicowych i następowych powikłań — dalszymi ciężkimi objawami miejscowymi i ogólnymi.

T o r d r u g i rozwoju różniłby się tylko początkiem i polegać by mógł na tym, że: 1) do worka przepuklinowego zstąpiła sieć pierwotnie niezmieniona; 2) odcinek sieci zawarty w worku przepuklinowym, wskutek urazów guzowato zgrubiał. Dalszy przebieg jak dla toru pierwszego.

Możnaby sobie wyobrazić, że guzowaty odcinek sieci zawarty w worku przepuklinowym stanowił jakby drugi — co prawda bardziej ruchomy — punkt zaczepienia sieci, co znów łącznie z wieloletnim odprowadzaniem może dać wytłumaczenie skrętu według podobnego mechanizmu, jak w przypadku *Zaorskiego*. Obwodowy koniec sieci w tym przypadku przyrośnięty był do worka przepuklinowego, zawierającego jelita. Chory odprowadzając w ciągu wielu lat jelita, skręcał sieć w jednym kierunku, aż doprowadził do zupełnego skrętu i martwicy. W naszym przypadku skręcanie odbywało się łatwiej z tego powodu, że dolny odcinek tkwił przeważnie w worku przepuklinowym i to z pewnym oporem, stanowiąc zatem istotnie jakby drugi punkt zaczepienia czy też oparcia dla osi, do około której skręt się odbywał.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) *Błażek L.:* Przypadek skrętu sieci większej. Pol. Przegl. Chir. T. VI, zesz. 1, 1927, 2) *Cegłowski B.:* Zawęźlenie sieci dużej P. C. G. VI, 329, 1912, 3) *Hipp F.:* Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. Pol. Przegl. Chir. T. XV, zesz. II, 1936, 4) *Lewenstern:* Przypadek niezwykłego zwyrodnienia sieci w worku przepuklinowym. Pam. Klin. Szpit. Dziec. Jezus, II, 64 — 1918, 5) *Wojciechowski A.:* Sieć. Podręcznik chirurgii, tom I, 1937, 6) *Zaorski J.:* Skręt sieci. Medycyna, Nr 33 — 34, 1928, 7) *Wertheim A.:* Przypadek niezwykłego guza jamy brzusznej. Chir. Pol. Nr 1, 1938 r.

Przypadek *P. Hornickiego* (Chir. Pol. Nr 9, 1938) nie został uwzględniony w tekście pracy, gdyż oba artykuły wpłynęły do redakcji jednocześnie i zostały zamieszczone w kolejności zgłoszenia (przypisek redakcji).

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: *Doc. Dr Jan Zaorski.*

NIETYPOWY ZABIEG W PRZYPADKU WGŁOBIENIA JELIT NA TLE NOWOTWOROWYM

podał

Jan Raczyński.

Różne są przyczyny niedrożności jelit (skręty, zagięcia, zadzierzgnięcia, wgłobienia, zatkanie światła jelita i t. d.), jak również różny stopień szybkości w występowaniu i narastaniu objawów. Praktycznie, stykając się z klasycznymi objawami niedrożności: odbijaniami, wymiotami, wzdęciem brzucha, stawianiem się jelit, nieodchodzeniem stolców i wiatrów, nieraz od razu możemy określić miejsce gdzie ta niedrożność się znajduje, co wpływa decydująco na podjęcie natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Dodatkowe badania, o ile stan chorego na nie pozwala, poza sprecyzowaniem umiejscowienia, mogą wyjaśnić i przyczynę wywołującą schorzenie.

Wobec osób dorosłych rzadziej się myśli o wgłobieniach jako przyczynie niedrożności — raczej wchodzą w grę przegięcia, zagięcia jelit na tle zrostów, nowotworów, ewentualnie gruźlicy. Wgłobienia natomiast spostrzegamy częściej w wieku dziecięcym, i to w pierwszych latach życia. Wówczas wobec objawów niedrożności, połączonych z krwawymi wypróżnieniami, najczęściej rozpoznajemy wgłobienie. Zresztą *Ombrédanne* określa dość charakterystycznie i krótko to cierpienie, mówiąc, że wiek dziecięcy plus objawy niedrożności i krew w stolcu, dają rozpoznanie wgłobienia.

Z rozpoznaniem tym u dorosłych jest nieco trudniej, gdyż krwawienie może mieć inne źródła, a objawy niedrożności nie zawsze będą nasuwały przypuszczenie wgłobienia, chyba że stan wysklepienia powłok pozwoli wyczuć twór walcowaty i charakterystyczne fale ruchu robaczkowego, dochodzące do miejsca wgłobionego.

Wgłobienie dotyczy zwykle jednego miejsca na przebiegu jelit: rzadko natomiast występuje równocześnie w kilku odcinkach przewodu pokarmowego. Z takim właśnie przypadkiem mieliśmy do czynienia.

Dnia 13.XII 35 r. przywieziono do szpitala SS. Elżbietanek chorego G. B., lat 50, z powodu silnych bólów brzucha o charakterze skurczowym; bólom towarzyszyły wymioty żółcią i odbijania, przy braku od dwóch dni stolca i wiatrów. Z wywiadów, które chory udzielał skąpo i ogólnikowo, dowiedzieliśmy się, że chory od 17 lat cierpi na „żołądek": miewał częste bóle, odbijania. Pora dnia, jakość i czas przyjmowania pokarmów nie wpływały na powstawanie i natężenie bólów. Gdy bóle dokuczały bardzo, chory leczył się i przestrzegał udzielanych rad; gdy jednak czuł się lepiej, odstawiał leki, nie przestrzegał diety. Ostatnio od miesiąca bóle powróciły, są częstsze. Stolce zaparte, nieraz czarne jak smoła. Oddawanie moczu prawidłowe.

Chory skierowany z rozpoznaniem choroby wrzodowej dwunastnicy.

P r z e d m i o t o w o: stan ogólny ciężki, wyraz twarzy cierpiący; oczy zapadnięte, rysy zaostrzone. Od czasu do czasu odbijania puste i wymioty żółcią. Odżywienie podupadłe; skóra barwy prawidłowej, nieco bladawa, wilgotna, elastyczna; śluzówki blado-różowe. Język obłożony, podsychający: oddech cuchnący, o woni kałowej.

Granice serca prawidłowe, tony głuchawe. Tętno średnio napięte i wypełnione, miarowe, 100/min. W płucach poza zaostrzeniem oddechu nic szczególnego nie stwierdza się.

J a m a b r z u s z n a: Brzuch miernie wzdęty, bolesny na ucisk, szczególnie śród- i podbrzusze. W okolicy kątnicy i nieco bliżej linii środkowej ciała słabo zaznaczone stawianie się jelit. Od czasu do czasu zarysowuje się w tejże

okolicy wygórowanie w postaci dwóch równolegle przebiegających i leżących obok siebie walców. Guzów i oporów nie wyczuwa się. Chory na każde dotknięcie ręki odpowiada silnym napinaniem powłok, jęczy z bólu. Wątroba i śledziona nie bolesne, nie macalne. Stłumienie wątrobowe zachowane. Objaw Goldflama obustronnie ujemny.

B a d a n i e m o c z u: ślad białka, urobilinogen dodatni (+ +), w osadzie leukocyty 1—2 w polu widzenia, kilka nabłonków płaskich, do czterech wałeczków ziarnistych w preparacie, pozostałe dane w zakresie normy. Ilość białych ciałek krwi — 20.000.

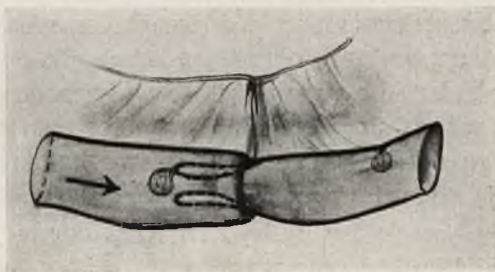
Rozpoznanie postawione po zbadaniu chorego brzmiało: *ostra niedrożność jelit.*

Chodziło teraz o rozstrzygnięcie, co wywołało tę niedrożność i gdzie ona się znajduje, oraz czy cierpienie obecne wiąże się z poprzednio przebytymi sprawami chorobowymi, czy też jest wywołane przez inne przyczyny? Narada odbyta z internistami, jak również i dalsze nasze rozważania, kazały przypuszczać, że do dawnych spraw chorobowych ze strony dwunastnicy dołączyło się nowe schorzenie, pociągające za sobą zamknięcie światła jelita. Braliśmy pod uwagę uwięźnięty kamień żółciowy, wgłobienie, przegięcie, ewentualnie uwięźnięty guz nowotworowy.

Ostatecznie ustaliliśmy rozpoznanie: *ostra niedrożność jelit,* wymagająca natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Po zakomunikowaniu rodzinie chorego tego rozpoznania, uzyskaliśmy zgodę na natychmiastowy zabieg.

Z a b i e g o p e r a c y j n y wykonano w uśpieniu eterowym *(doc. Zaorski).* Cięcie skórne wzdłuż wewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego brzucha (Lenander prawy). Po otwarciu otrzewnej stwierdzono obecność dużej ilości surowiczego płynu. Po usunięciu go za pomocą pompy ssącej, przystąpiono do obejrzenia jelit cienkich, które były przekrwione, błyszczące i rozdęte. Po ostrożnym wyłonieniu na zewnątrz najbliższej pętli jelita czczego, stwierdzono w jednym jego miejscu wgłobienie, które bardzo łatwo dało się usunąć pociąganiem za odcinek przyśrodkowy. Kiedy po odgłobieniu obserwowano ten odcinek jelita, zauważono, że natychmiast po puszczeniu go z palców, wgłobienie formowało się na nowo. Oglądając bliżej to miejsce po odprowadzeniu wgłobienia, stwierdziliśmy na surowicówce w miejscu uprzednio wgłobionym, bliznowate wciągnięcie; obmacując zaś to miejsce można było wyczuć twór wielkości wiśni, twardy, nieruchomy (rys. 1).

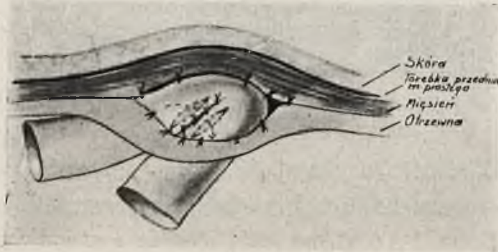
Przeglądając dalsze odcinki jelita cienkiego stwierdzono o 20 cm obwodowo od opisanego miejsca mniejszy twór o charakterze podobnym do pierwszego. I ten twór miał dążność do więźnięcia, tak samo jak i dalsze, których naliczono 4. Pierwszy twór był największy i dawał kompletne zamknięcie światła, wobec tego — nie mogąc usunąć wszystkich guzków rozsianych prawie na całym przebiegu jelit cienkich — postanowiono usunąć niedrożność przynajmniej w tym miejscu. Zachodziła obawa, wobec bardzo znacznego rozdęcia jelit, że szwy zespolenia nie będą trwałe i bezpieczne. Dlatego postanowiono nie wpuszczać tej części jelita wolno do jamy brzusznej, ale umieścić ją tak, by nawet po ewentualnym puszczeniu szwów nie mogło dojść do zakażenia otrzewnej, a przy tym by drożność nie została upośledzona. W tym celu założono zespolenie jelita z jelitem tak, aby wyłączyć miejsce w którym znajdował się guzek. Podczas wykonywania zespolenia wydobyto wyczuwany w tym miejscu guzowaty twór, który, jak się okazało, wychodził ze śluzówki jelita; guzek ten, umocowany na krótkiej nóżce i przypominający swym wyglądem



Rys. 1.

polip, był barwy szaro - białej, twardy, okrągły, wielkości wiśni. Po założeniu szwu kapciuchowego na wynicowaną przez otwór zespolenia śluzówkę jelita, guzek usunięto. Celem wzmocnienia w tym miejscu ściany jelita od zewnątrz, dodano na surowicówce w miejscu odpowiadającym guzkowi szew węzełkowy jedwabny.

Obawiając się, że zespolenie nie będzie zbyt mocne (w czasie szycia surowicówka rozdętej pętli łatwo pękała i rwała się), miejsce zespolone obszyto poniżej otrzewną ścienną, wyłaniając je poza jamę brzuszną. Pozostały otwór otrzewnej zamknięto szwami węzełkowymi. Mięśnia prostego nie odprowadzono z powrotem do



Rys. 2.

torebki. Tylnej części torebki nie szyto, natomiast nałożono kilka szwów strunowych na torebkę przednią. Na skórę szwy silkowe, klamerki (rys. 2).

Innych wyczuwanych guzków nie usunięto, gdyż były one o wiele mniejsze i nie zwężały światła jelita. Liczono się zresztą z ciężkim stanem chorego i wobec tego dążono do jak najszybszego ukończenia zabiegu.

Po operacji wstrzyknięto choremu sól fizjologiczną podskórnie, a dożylnie 30 cm^3 20% glukozy. Co 2 godziny ol. camphorae na zmianę z kofeiną. Drugiego dnia po operacji gazy odchodzą dość obficie, są bardzo cuchnące; chory podniecony, oczy błyszczące, wzrok chwilami zamglony. Tętno 104/min, temp. 37,7°. Podano 10 cm^3 10% NaCl dożylnie, kroplówkę z glukozy, ol. camphorae, kofeinę. Piątego dnia po operacji dwa bardzo skąpe wypróżnienia — cuchnący szlam, sporo wiatrów.

Szóstego dnia stwierdzono wyciek z rany, wobec czego sprawdzono ranę. W dolnej ⅓ między klamrami widoczny niewielki otwór z którego wydziela się cuchnąca kałowa treść. Po obmyciu skóry i oczyszczeniu rany założono opatrunek aseptyczny. W godzinach wieczornych po małej lawatywie obfite wypróżnienie.

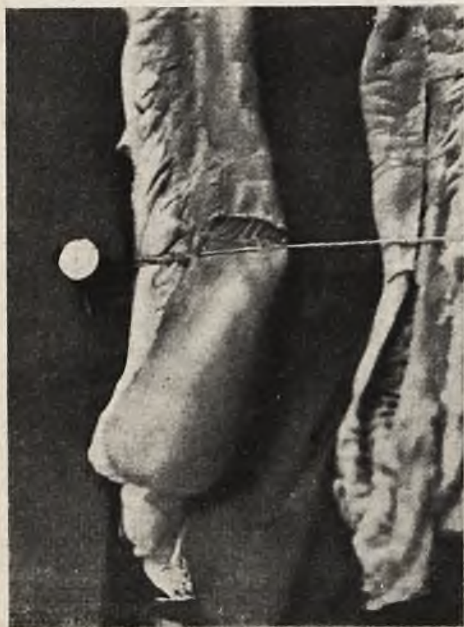
Siódmego dnia po operacji skargi na utrudniony oddech. Ciepłota ciała 38,2°. Osłuchowo drobno- i średnio - bańkowe rzężenia pod łopatkami. Zastosowano bańki, wstrzyknięto pneumoninę.

Następnego dnia wyraźne objawy osłabienia czynności serca, nie dające się poprawić środkami nasercowymi. Bóle brzucha, wzdęcie.

Dziewiątego dnia po zabiegu chory zmarł przy objawach osłabienia mięśnia sercowego.

Po śmierci poprzez ranę operacyjną wycięto jelita, chcąc zbadać ich stan; stwierdzono w nich liczne wgłobienia spowodowane przez guzki, wychodzące ze śluzówki jelit. Wgłobień było pięć, guzków różnej wielkości (od pestki wiśni do małej śliwki) — 12. Obraz jaki przedstawiały wycięte jelita ilustrują fotografie (rys. 3 i 4).

Wynik przeprowadzonego badania histopatologicznego *(dr Laskowski)*: „Wycinki z guzków jelit oraz gruczołów limfatycznych wykazały utkanie nowotworu złośliwego. Różna budowa guzków, układ i wygląd komórek przemawia za nowotworem złośliwym, którego natury nie da się jednak bliżej określić. Fakt, że występują w nim różne, aczkolwiek formami przejściowymi powiązane komórki i że utkanie miejscami ma wygląd mezenchymalny, miejscami zaś raczej nabłonkowy, przemawia za tym, że mamy do czynienia



Rys. 3.



Rys. 4.

z guzem sui generis, i że punktem wyjścia dla niego mogły być tkanki posiadające zdolność wytwarzania różnorodnych komórek i układów (np. tkanka nerwowa i jej pokrewne, tkanka mięśniowa)".

Wgłobienia na przebiegu jelit cienkich zdarzają się rzadko. Zwykle powstają one na tle nowotworowym (tłuszczaki, mięśniaki, włókniaki, gruczolaki, polipy, raki i mięsaki[1]). *Hellström* podaje w piśmiennictwie z roku 1927 70 przypadków, *Schlachetzki* w 1931 — 38 przypadków. Statystyka operacyjna *Hellströma* wykazuje, że tylko w 3% wszystkich raków jelita stwierdzamy raka jelita cienkiego, sekcyjna zaś — nawet mniej, bo w 2,5% *(Nothnagel)*. W klinice *Mayo* procent ten wynosi 0,062%. *Schönbauer* stwierdził na 3062 przyp. raka jelit tylko 13 przypadków raka jelita cienkiego, a *Rankin* na 4597 przyp. raka jelita grubego — 55 raka jelita cienkiego. Raki jelita cienkiego częściej spotykamy u osobników do lat 40 *(Stämmler)*. Częstość występowania raków i mięsaków przedstawia stosunek jak 100 do 1 *(Nothnagel)*. *Portis* jest zdania, że w $\frac{1}{3}$ przypadków mamy do czynienia z obrazem przerzutowym z otrzewnej, krezki itd.

W naszym przypadku mieliśmy do czynienia ze złośliwym nowotworem. Jakkolwiek badanie histopatologiczne nie wyjaśniło czy był to rak czy mięsak, to jednak mnogość tych guzów, różnorodność budowy, długi czas trwania (prawdopodobnie 17 lat), każą przypuszczać, że był to jednak pierwotny rak jelita cienkiego. Wiemy, że raki jelita cienkiego rozwijają się bardzo powoli, aż nagle dają raptowne objawy niedrożności przewodu pokarmowego. *Rankin* podaje, że czas wzrostu raka jelita cienkiego wynosi od dwóch miesięcy do 5 lat. Klinika *Mayo* oblicza przeciętnie 14 — 15 miesięcy. Mięsaki rozrastają się bardzo powoli, nie pociągają jednak za sobą zamknięcia światła jelita *(Stenery, Finsterer)*.

W naszym przypadku mieliśmy guzki niezbyt wielkie, największy odpowiadał małej śliwce. Co do ich charakteru, to opierając się na podstawie różnorodności budowy histopatologicznej, można rozpoznać pierwotnego raka, zgodnie ze zdaniem *Billrotha,* który taką właśnie budowę nowotworu uważa za podstawową cechę raka jelita cienkiego.

Równoczesność mnogich wgłobień, jaką stwierdziliśmy oglądając wycięte jelito, da się wytłumaczyć w ten sposób, że liczne guzki znajdujące się w jelitach, które nie powodowały całkowitego zamknięcia światła, wobec uwięźnięcia największego z nich i wzmożonego wskutek tego ruchu robaczkowego, wywołały powstanie dalszych wgłobień.

Wreszcie chcemy zwrócić uwagę na pewną odmianę w postępowaniu operacyjnym po założeniu zespolenia między pętlami jelit. Obawiając się nieszczelności zespolenia (kruchość ściany rozdętego jelita!), a tym samym wtórnego zakażenia otrzewnej, wyłoniono zespolone pętle ponad otrzewnę, umocowując tę ostatnią szwami węzełkowymi poniżej miejsca zespolenia i oddzielając je w ten sposób od jamy brzusznej.

Brak objawów zakażenia otrzewnej, mimo powstania przetoki kałowej, jak również pośmiertne stwierdzenie ścisłego odgraniczenia jamy brzusznej od przetoki, wykazuje w całej rozciągłości celowość naszego postępowania, podyktowanego z jednej strony dążeniem do zabezpieczenia drożności jelita, a z drugiej troską o uchronienie jamy brzusznej od zakażenia w razie nieszczelności szwów. Niestety, mimo to nie zdołano uratować chorego, jak to się udało *Matyasowi* (Cluj) w podobnym przypadku, opisanym w Zbl. f. Chirurgie, Nr 9/37.

Przypadek powyższy opisujemy ze względu na rzadkość schorzenia oraz na nietypowość zabiegu operacyjnego.

Z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Dyrektor: *Doc. Dr R. Stankiewicz.*
Ordynator Oddz. Chir.: *Doc. Dr J. Zaorski.*

SYMPATHOBLASTOMA U DZIECKA

podał

Władysław Gruchalski.

Wśród chirurgicznych schorzeń dzieci nowotwory złośliwe należą do spraw rzadszych. Jakkolwiek utarło się zdanie, że nowotwory występują u ludzi starszych, to jednak stwierdzamy je także u dzieci, jako twory przeważnie wrodzone lub pochodzące z tkanek młodych. Charakter ich, w porównaniu do guzów występujących w wieku starszym, jest zawsze bardzo złośliwy, jeżeli nie ze względu na rodzaj, to ze względu na szybki, nieraz gwałtowny wzrost.

Z pośród guzów złośliwych spotykanych u dzieci najczęściej zdarzają się mięsaki. Drugie miejsce zajmują nowotwory wychodzące z układu nerwowego *(Rostkowski).* Te ostatnie w swej formie młodej, niedojrzałej, bardzo złośliwej, zdarzają się rzadko. Być może, że rzadkość tych guzów wynika wskutek nierozpoznawania ich na sekcji lub pod mikroskopem. *Bulbring* zebrała z piśmiennictwa do roku 1928 zaledwie 33 przypadki łącznie z własnym *(sympathoma embrionale);* przypadki te

dotyczyły dzieci do 6 lat. *Recklinghausen* podaje 28 przyp. sympathoblastoma z części rdzeniowej nadnercza. W Polsce kilka przypadków spostrzegano w Zakładzie Anat. Pat. U. J. P. *(J. Dąbrowska)* i 6 przypadków podał *J. Laskowski.*

Guzy młode, niedojrzałe, wychodzące z układu nerwowego, mają jako punkty wyjścia najczęściej nerki, siatkówkę, jądra *(Rostkowski).* Cechują się bardzo szybkim wzrostem oraz przerzutami drogą naczyń chłonnych i krwionośnych do gruczołów chłonnych, wątroby, nerek, płuc, kości (zwłaszcza czaszki) i śledziony *(Bülbring);* są one szczególnie wrażliwe na działanie promieni X *(Colville, Willis).*

Guzy wychodzące z układu nerwowego współczulnego można podzielić na guzy układu współczulnego i guzy układu chromochłonnego. Rozwój układu współczulnego i chromochłonnego, według *Polla,* jest zapoczątkowany z jednej wspólnej komórki przypominającej limfocyt, o jądrze okrągłym lub owalnym, obfitym w chromatynę i znikomej zarodzi. Czasami zaznaczone jest wytwarzanie się włókienek nerwowych. Komórkę tę *Poll* nazwał sympathogonium („mère du sympathique" — *Massona,* „Bildungzelle des Sympathikus" *Wiesela).* Z komórki macierzystej (sympathogonium) powstaje sympathoblast *(Poll),* komórka większa, o jądrze jasnym i dość obfitej zarodzi, oraz phaeochromoblast, komórka macierzysta układu chromochłonnego. Z sympathoblastu rozwija się w dalszym ciągu komórka zwojowa współczulna, a z phaeochromoblastu — komórka układu chromochłonnego, phaeochromocyt.

Schematycznie rozwój układu współczulnego (wg *Polla)* można tak przedstawić:

sympathogonium

sympathoblast — phaeochromoblast

komórka zwojowa współczulna — phaeochromocyt (kom. ukł. chromochłon.)

Nowotwory wychodzące z komórki macierzystej (sympathogonium) są nadzwyczaj rzadkie: zaledwie kilka podano w piśmiennictwie. Z układu chromochłonnego nie opisano dotąd żadnego guza nowotworowego.

Według *Massona* podział guzów układu współczulnego przedstawia się następująco:

I. Sympathomes embrionnaires:
   a) sympathome sympathogonique,
   b) sympathome sympathoblastique.
II. Ganglioneuromes.

Według *Fischera:*

I. Neuroblastoma simplex:
   a) sympathogonioma,
   b) sympathoblastoma.
II. Ganglioneuroma.

Zarówno sympathogonioma jak i sympathoblastoma cechują się wzrostem bardzo szybkim, naciekającym, konsystencją miękką, rozłażącą się, na przekroju obficie krwawią, dają przerzuty kończące się bardzo szybko zejściem śmiertelnym.

Na skrawkach mikroskopowych przedstawiają bezpostaciową masę zarodzi z jądrami układającymi się różyczkowato. Ten układ różyczkowaty jest bardzo charakterystyczny dla sympathogonioma i sympathoblastoma. Jądra mają wyraźny zrąb chromatynowy z jąderkiem umieszczonym bądź pośrodku, bądź na obwodzie. Więcej zróżnicowana sympathoblastoma wykazuje ponadto drobne włókienka nerwowe nagie i pojedyńcze komórki zwojowe współczulne. Substancji podłoża jest znikoma ilość lub nie ma jej wcale.

Klinicznie nowotwory układu współczulnego, mające punkt wyjścia z nerek dają

szereg charakterystycznych objawów: w 80% występuje krwiomocz, który cechuje się bezbolesnością, występowaniem bez powodu i zwiastunów, zmiennością co do nasilenia i najczęściej jednostronnością. Badaniem stwierdza się powiększenie objętości nerki wskutek obecności guza, oraz ból promieniujący bądź do klatki piersiowej, bądź do miednicy małej. Przy daleko rozwiniętych guzach powstaje rozszerzenie splotu nasiennego wskutek ucisku na naczynia oraz obrzęki kończyn dolnych. Dość często występują stany gorączkowe wskutek rozpadu guza i wsysania się produktów rozpadu.

Guzy te występują niemal wyłącznie u dzieci i są najczęściej wrodzone *(Perzyński* i *Manteuffel - Szoege* opisali wyjątkowy przypadek *sympathoma sympathogonicum* u 26-letniej kobiety). Mimo zabiegów chirurgicznych i naświetlań promieniami X dają niemal zawsze zejście niepomyślne. Według *Radiona* wyniki operacji u dzieci przedstawiają się następująco: 15% ginie bezpośrednio po zabiegu, 75% — wskutek nawrotów nowotworu, a zaledwie 10% zostaje wyleczone. Nic więc dziwnego, że większość chirurgów uchyla się od operacji, widząc jej złe wyniki.

W Warszawskim Szpitalu dla Dzieci mieliśmy możność spostrzegać dziewczynkę 3½-letnią, u której objawy kliniczne oraz badania laboratoryjne i radiologiczne nie mogły ściśle ustalić charakteru guza. Przypuszczenia nasze szły w kierunku nadnerczaka, mięsaka, bądź nowotworu nerwowego. Dopiero dokonany zabieg operacyjny i następowe badanie histopatologiczne dały rozpoznanie: *sympathoblastoma.*

Przytaczam przebieg choroby:

Dnia 26 lutego 1938 r. przybyła na oddział chirurgiczny Warsz. Szpit. dla Dzieci 3½-letnia Irena K., u której wywiady były następujące: W końcu grudnia 1937 r. rodzice zauważyli guz po lewej stronie brzucha tuż pod łukiem żebrowym. Guz ten stopniowo powiększał się i ostatnio doszedł do takiej wielkości, że wypychał łuk żebrowy ku górze i wypuklał powłoki brzuszne. Przed 10 tygodniami miał miejsce obfity krwiomocz, po czym stale utrzymywało się krwawe zabarwienie moczu. Ciepłotę ciała mierzono nieregularnie; wahała się ona okresowo od 37° do 39,5°. Apetyt ostatnio bardzo marny. Stolec codziennie, normalny. Krwi ani pasorzytów w kale nie stwierdzono. Chora trochę kaszle. Z chorób przebytych: przed 2½ laty odra, poza tym miała być zawsze zdrowa.

S t a n o b e c n y: Stan ogólny ciężki, wyniszczenie. Ciepłota ciała 36,8°. Waga ciała 10 kg 600 g. Budowa prawidłowa, odżywienie bardzo liche. Skóra blada, jędrna, bez wykwitów; śluzówki lekko różowe. Język wilgotny, czysty; nos drożny; gardziel czysta. Gruczoły chłonne małe, niebolesne. W płucach poza oddechem nieco zaostrzonym i drobnymi rozsianymi świstami i furczeniami brak zmian. Serce w granicach normy; tony serca czyste, miarowe. Tętno 120/min., regularne, średnio napięte i wypełnione.

B r z u c h: Z pod lewego łuku żebrowego wypukla się guz, wielkości 2-ch pięści dorosłego mężczyzny, sięgający poniżej pępka i przekraczający nieco linię środkową ciała. Łuk żebrowy lewy wypuklony. Ruchomości oddechowej guza brak. Powierzchnia guza nierówna; wymacuje się wyraźnie bruzdę poprzeczną, dzielącą guz na dwa piętra — górne mniejsze i większe piętro dolne. Bolesności brak. Wątroba nie powiększona. Wstrząśnięcie okolicy nerek nie bolesne. Kończyny bez zmian. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane.

B a d a n i e m o c z u: Barwa żółta, zmętnienie dość duże. Odczyn zasadowy. Ciężar wł. 1,020. Białko 1,6‰. Cukier, urobilina ujemne. Osad mierny; nieliczne nabłonki, leukocyty 1 — 2 w polu widzenia, erytrocyty 100 — 120 w polu widzenia, przeważnie świeże. Innych składników patolog. brak.

B a d a n i e k r w i: Białych ciałek — 6100, czerwonych ciałek — 3,895000, Hb 41%, wskaźnik 0,54. Obraz: eozynochłonne — 1%, metamyelocyty — 1%, pałeczkowate — 6%, segmentowane — 52%, limfocyty — 39%, monocyty — 1%.

B a d a n i e r a d i o l o g i c z n e d r ó g m o c z o w y c h:

Po zastosowaniu dożylnego wstrzyknięcia uroselektanu prawa nerka wydziela mocz zacieniowany w czasie prawidłowym, opróżnia się również prawidłowo. Zarysy miedniczki i kielichów nerki prawej odchyleń od normy nie wykazują. Nerka lewa zaczyna wydzielać mocz zacieniowany w cza-

sie prawidłowym, lecz już po 15 min. obraz miedniczki jest zniekształcony, tj. miedniczka jest znacznie powiększona i położona nisko, na wysokości grzebienia lewego talerza biodrowego. Po upływie 25 min. miedniczka lewej nerki przedstawia się w postaci owalnego tworu wielkości dużej śliwki, położonego nad lewym talerzem biodrowym. Opróżnianie się lewej miedniczki jest upośledzone.

Wynik badania radiologicznego *(dr Kowalewski)* przemawia za obecnością dużego bezpowietrznego tworu, zajmującego górną część jamy brzusznej po stronie lewej i odsuwającego nerkę lewą na prawo i ku dołowi. Wodonercze nerki lewej, prawdopodobnie wskutek zagięcia moczowodu.

Po przygotowaniu chorej do operacji dożylnymi wstrzykiwaniami 20% glukozy, przy względnie dobrym stanie ogólnym, w dniu 10.III 1938 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(doc. Zaorski)*. Uśpienie eterowe. Cięcie powłok poprzeczne od zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego do linii łopatkowej po środku między lewym łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. Po przecięciu mięśni okazało się, że guz wielkości 2-ch dużych pięści dorosłego mężczyzny leży pozaotrzewnowo i obejmuje górny biegun lewej nerki oraz nacieka otrzewnę. Konsystencja guza miękka, tkanka rwąca się łatwo i silnie krwawiąca. Guz usunięto wraz z lewą nerką oraz wycięto część otrzewnej, na którą przechodził guz. Ranę zeszyto, pozostawiając dren gumowy i sączki gazowe. Opatrunek przeciwgnilny. Bezpośrednio po zabiegu przetoczono chorej 150 cm^3 krwi od dawcy grupy 0, oraz wstrzyknięto pod skórę 300 cm^3 soli fizjologicznej.

Wyjęty guz, wagi 500 gr. (= $^1/_{20}$ wagi dziecka), był ściśle zrośnięty z górnym biegunem nerki lewej, zmienionym również nowotworowo, przy czym granica guza od strony nerki była wyraźna.

11.III. Stan ogólny ciężki. Chora blada. Tętno bardzo słabo napięte i wypełnione, 140/min. Temp. 37,5°. Wstrzykiwania ol. camphorae co 3 godz.

12.III. Stan ogólny nieco lepszy. Tętno 130/min. Temp. 37,2°; kamfora co 3 godz.

14.III. Samopoczucie chorej dobre. Chora chętnie rozmawia i nie skarży się. Wyjęto dren gumowy i zmieniono sączki gazowe. Wydzielina krwawo-brudna, dość obfita.

17.III. Zdjęto klamerki i szwy skórne. Rana zagojona przez rychłozrost. Jedynie w miejscu sączków utrzymuje się przetoka długości 6 cm, wydzielająca płyn mętno-surowiczy. Waga dziecka 10 kg. Samopoczucie dobre. Bladość skóry i śluzówek utrzymuje się.

17.II. Badanie krwi: Ciałek czerwonych 3,92000, ciałek białych 9000, Hb 56%, wskaźnik 0,7.

Wydzielanie moczu odpowiada w przybliżeniu ilości przyjętych płynów.

Wynik drobnowidzowego badania wycinków z guza *(dr. Chodkowski)* wykazał: Utkanie nowotworu z litych ognisk komórek z małą ilością zarodzi, o okrągłych lub owalnych, wyjątkowo zlekka wydłużonych jądrach, mocno chłonących hematoksylinę. Tkanki zrębu bardzo mało. Komórki nowotworu układają się niekiedy dokoła naczyń, a czasami tworzą, nieliczne zresztą, twory różyczkowate rzekome, przy czym w obrębie tych tworów można znaleźć jak gdyby drobne delikatne włókienka. Postacie podziału pośredniego jąder są bardzo liczne. W dodatkowych wynikach drobnowidzowych z guza znaleziono utkanie trzustki.

Obraz drobnowidzowy odpowiada nowotworowi złośliwemu, najprawdopodobniej wychodzącemu z układu współczulnego (s y m p a t h o b l a s t o m a) o szybkim wzroście.

19.III. Stan ogólny pogarsza się. Temp. 39,5°. Rana wydziela płyn surowiczo-ropny, bardzo rzadki. Przemywanie przetoki płynem Callota. Per os Opohemogen (Klawe) 3 łyżeczki dziennie.

21.III. Wydzielina z przetoki utrzymuje się. Codziennie wstrzyknięcia domięśniowe 1 cm^3 Hepatogenu. Stan ogólny nieco lepszy. Temp. 38°.

23.III. Per os Cebion, 3 tabletki dziennie.

26.III Wydzielanie moczu prawidłowe. Wstrzyknięcie podskórne 150 cm^3 soli fizjologicznej. Przemywanie przetoki płynem Callota.

2.IV. Badanie krwi: Czerwonych ciałek 4,080.000, białych ciałek 16700, Hb 61%, wskaźnik 0,75. Obraz: eozynochłonne 1%, pałeczkowate 3%, segmentowane 73%, limfocyty 21%, monocyty 2%.

Stan ogólny dobry. Chora chętnie bawi się i żywo interesuje się otoczeniem.

12.IV. Stan ogólny dobry. Przetoka dług. 6 cm uporczywie utrzymuje się i wydziela obfitą ilość płynu ropno-surowiczego.

16.IV. Brzuch miękki, niebolesny. Nie wymacuje się w brzuchu żadnych oporów. Przystąpiono do naświetlań promieniami X okolicy po wyjętym guzie.

22.IV. Waga chorej 11 kg 700 g. Stan ogólny dobry. II naświetlanie rentgenowskie.

26.IV. Badanie moczu: Ciężar wł. 1,018, białko 0,066 ‰, cukier ujemny. Osad: nabłonki płaskie

pojedyńcze, białe ciałka 3 — 5 w polu widzenia, krwinki pojedyńcze w preparacie.

26.IV. Badanie krwi: ciałek czerwonych 4,120000, białych ciałek 8900, Hb 65%, wskaźnik 0,79.

III naświetlanie promieniami X .

29.IV. IV naświetlanie promieniami X. Stan ogólny dobry. Wydzieliny mniej. Przetoka nie zmniejsza się (rys. 1).



Rys. 1.

2.V. V naświetlanie promieniami X.

6.V. Chora kaszle. W płucach rozsiane świsty i furczenia oraz rzężenia Temp. 38,2°. Zastosowano środki wykrztuśne i bańki.

7.V. VI naświetlanie promieniami X okolicy po wyjętym guzie.

10.V. VII naświetlanie promieniami X.

11.V. Stan ogólny ulega stopniowo pogorszeniu. Chora kaprysi, utraciła zupełnie apetyt. Kaszel uporczywie utrzymuje się. Temp. 39,5°. Wstrzyknięcie pneumoniny, bańki, środki wykrztuśne.

15.V. Stan ogólny ulega dalszemu pogorszeniu. Zupełny brak apetytu, kaszel. Przetoka mimo codziennych przemywań płynem Callota utrzymuje się uporczywie, ale wydziela nieco mniej płynu ropnego, bardzo rzadkiego. Temp. 39,5°.

18.V. Stan ogólny ciężki. Tętno słabo napięte i wypełnione, 120/min. Skóra blada. Przy obmacywaniu brzucha tuż nad spojeniem łonowym wymacuje się guz twardy, nieprzesuwalny, położony głęboko, wielkości pięści chorej.

20.V. Guz w głębi i w dole brzucha wyraźnie powiększa się. Stan ogólny zły. Przetoka nie zmniejszona.

20.V. Na życzenie rodziców wypisana ze szpitala.

Co dalej stało się z chorą nie wiemy — należy przypuszczać, a nawet być pewnym, że sprawa skończyła się zejściem śmiertelnym.

Należy podkreślić, że chora, mimo bardzo ciężkiego zabiegu (guz = 1/20 wagi chorej), zniosła go dobrze i w kilkanaście dni po zabiegu zaczęła przybierać na wadze, a wygląd zewnętrzny świadczył o znacznej poprawie. W myśl zasady przyjętej w Warsz. Szpit. dla Dzieci, że tam gdzie nie można usunąć guza doszczętnie, należy dodać leczenie rentgenowskie, w 37. dniu po zabiegu przystąpiono do naświetlań promieniami X okolicy po wyjętym guzie. Chora dobrze znosiła naświetlania, obraz krwi poprawił się. W 57. dniu po zabiegu wynikło powikłanie w postaci nieżytu oskrzeli i oskrzelików. Od tego czasu datuje się stopniowe stałe pogorszenie. W 67. dniu po zabiegu stan ogólny był zły. W brzuchu zjawił się przerzut w postaci guza w okolicy pęcherza moczowego.

Jeśli wezmiemy pod uwagę szybki rozwój guza (w ciągu 2 miesiący doszedł do olbrzymich rozmiarów = 1/20 wagi chorej), to przypadek powyższy należy zaliczyć do rzędu najcięższych w grupie nowotworów złośliwych u dzieci.

Zasadą jednak Warsz. Szpit. dla Dzieci jest, że należy operować nawet wtedy, gdy są choćby znikome nadzieje powodzenia i nie należy nigdy z góry przesądzać sprawy.

PIŚMIENNICTWO:

Z. Messing: Ganglioneuroma imperfectum nadnercza. Med. Nr 19, str. 660. Warsz. Cz. Lek. R. VII. Nr 32, str. 781; *J. Perzyński* i *L. Manteuffel - Szoege:* Przypadek sympathogonioma (sympathoma sympathogonicum), dający klinicznie obraz mięsaka kości. Pol. Przegl. Chir. T. XV.

Nr 3; *D. Szenkier:* O niektórych rzadkich postaciach krwawień nerkowych. Pol. Przegl. Chir. T. XIV, str. 484; *A. Leśniowski:* Klinika nowotworów nerek. Pol. Przegl. Chir., T. XIII, str. 644; *K. Rostkowski:* O wrodzonych złośliwych nowotworach u noworodków. Ped. Pol., T. XII, Nr 2 — 3, str. 248; *M. Płońskier:* O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. Warsz. Czasop. Lek. T. X, str. 102 — 105, 130 — 136, 636 — 641, 970 — 973, 993 — 996; *K. Michejda:* Pokaz 4-romies. dziecka po operacji guza prawej nerki (mięsak). P. Wil. R. VII, zesz. 1, str. 48; *S. Wszelaki:* Dwa przypadki pierwotnego nowotworu nerki. Med. XX, Nr 1, str. 694; *A. Mazanowski:* Czerwony obraz krwi w przypadkach nowotworowych i innych. Pol. Gaz. Lek. T. XIII, str. 347; *M. Goldman:* Przypadek nadnerczaka z przerzutami do płuc. Med, str. 434; *J. Mossakowski:* Przypadek nowotworu nerki. Pol. Przegl. Chir. T. XIII, str. 643.

Z Oddziału Chirurgiczno - Ortopedycznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.
Ordynator: *Dr Kazimierz Opacki.*

PRZYPADEK ZŁAMANIA ŁĄKOTEK PRZYŚRODKOWYCH OBU KOLAN U PIŁKARZA

podał
Dr Zygmunt Obrębski.

Zainteresowanie uszkodzeniami łąkotek i znajomość ich obrażeń datuje się od czterdziestu kilku lat. W końcu ubiegłego i na początku bieżącego stulecia ukazywały się sporadyczne prace z tej dziedziny. Dopiero szybki rozwój sportów, jaki zaznaczył się po wojnie światowej, zwrócił uwagę chirurgów na uszkodzenia stawu kolanowego, a co za tym idzie, i na uszkodzenia łąkotek.

Po pracach *Brunsa* (1892), *Michona* (1906), *Martina* (1910), w 1927 roku ukazała się duża praca *Mouchet* i *Tavernier:* „Pathologie des ménisques du genou". Od tej pory w czasopismach lekarskich całego świata wyszło z druku wiele artykułów traktujących o uszkodzeniach łąkotek.

Dla postawienia prawidłowego rozpoznania należy zapoznać się z mechanizmem powstawania tych uszkodzeń oraz z objawami im towarzyszącymi.

Według różnych autorów istnieją różne mechanizmy powstawania uszkodzenia łąkotek. Jedni utrzymują, że uszkodzenie powstaje podczas skręcania podudzia przy zgiętym kolanie: jeżeli podudzie skręciło się na zewnątrz wówczas uszkadza się łąkotka wewnętrzna, gdy na wewnątrz — łąkotka zewnętrzna. Łąkotka ściśnięta powierzchniami stawowymi nie może podążyć za ruchem podudzia i rozrywa się *(Osgood, Steinman).* Inni twierdzą, że każde zaburzenie w dostosowaniu się łąkotek do powierzchni stawowych uda podczas ruchu może wywołać ich uszkodzenie.

Według *Kaliny* mechanizm uszkodzenia łąkotek jest następujący: przy usztywnieniu stawu biodrowego a równoczesnej rotacji goleni część wewnętrzna łąkotki jest przytrzymana przez kłykieć uda, a równocześnie część obwodowa podąża za wykonywującą ruch obrotowy golenią, z którą łączy się na obwodzie za pośrednictwem torebki, a w istocie prawie bezpośrednio. Przy rotacji uda ruch na obwodzie jest szybszy niż bliżej centrum, wskutek czego następuje rozerwanie nie mogącej rozciągnąć się łąkotki.

Bardzo często złamaniu ulega łąkotka wewnętrzna w przypadku, gdy podczas gwałtownego ruchu lub przy upadaniu ko-

lano przybierze chwilowo położenie koślawe. Stwierdziliśmy wówczas podczas operacji poprzeczne złamanie łąkotki, sięgające do torebki stawowej.

Niekiedy w wywiadzie chorzy podają bardzo niewielki uraz, jak klękanie lub podnoszenie się z pozycji klęczącej, przewracanie z boku na bok we śnie itp. Tylko silny ból w kolanie, a często towarzyszące temu bólowi zablokowanie stawu, świadczyło o poważnym jego uszkodzeniu.

Do najcharakterystycznejszych objawów uszkodzenia łąkotki należy blokada stawu kolanowego, polegająca na niemożności zupełnego wyprostowania kolana, co spowodowane jest wsunięciem się pomiędzy przednie powierzchnie stawowe (recessus anterior genus) oderwanej części łąkotki w razie podłużnego jej rozerwania lub uszkodzenia rogu przedniego — ograniczenie zgięcia bywa przy oderwaniu rogu tylnego.

Blokada w sensie prostowania bywa również przy uwięźnięciu kosmka tłuszczu w tak zwanej c h o r o b i e H o f f y (wkleszczenie tłuszczowe *Hoffy)*, lub w razie obecności myszek stawowych (osteochondritis dissecans). Różnica pomiędzy blokadą w tych przypadkach polega na tym, że przy uszkodzeniu łąkotki napotyka się na opór sprężysty i mniej bolesny niż przy wkleszczeniu tłuszczowym *Hoffy*. Ponieważ w obu tych przypadkach jedynie racjonalne jest leczenie operacyjne, omyłka rozpoznawcza nie ma praktycznego znaczenia.

W przypadku t. zw. „prztykającego kolana" *Wierzejewskiego,* gdzie mamy do czynienia z uszkodzeniem łąkotki bocznej, blokada występuje stale w pozycji półzgięcia kolana. Przezwyciężenie tej blokady nie jest trudne — z lekkim oporem i trzaskiem kolano można wyprostować.

Z dalszych mniej pewnych objawów należy wymienić: bolesność przy ucisku na szparę stawową, co jednak bywa również przy uszkodzeniu więzadeł pobocznych, a nawet przy gruźlicy kłykcia (condylitis) oraz przy statycznej niedomodze stawu kolanowego *Schanza.* Zanik mięśnia czworogłowego uda, co wymieniają niektórzy autorzy jako objaw uszkodzenia łąkotek, spotykamy przy wszystkich przewlekłych schorzeniach stawu kolanowego.

Jednym z charakterystyczniejszych objawów uszkodzenia łąkotki jest dość żywa bolesność występująca przy bezpośrednim ucisku na łąkotkę przez zbliżenie do siebie powierzchni stawowych kolana. Próbę tę wykonywamy w ten sposób, że jedną ręką ustalamy udo tuż nad kolanem (kończyna leży swobodnie w pozycji wyprostowanej), a drugą ręką przywodzimy lub odwodzimy podudzie, wywierając w ten sposób ucisk na łąkotkę wewnętrzną lub zewnętrzną. Również jeżeli wykonywanie ruchów rotacyjnych podudziem przy ustalonym udzie wywołuje bolesność okolicy łąkotki, nasuwa to podejrzenie na jej uszkodzenie.

Ostatnim badaniem jest r e n t g e n o g r a f i a. Na zwykłym rentgenogramie łąkotki, jako nie uwapnione, nie uwidoczniają się, należy przeto wprowadzić do stawu kontrast. Najczęściej używa się tlenu jako nieszkodliwego kontrastu. Arthropneumografia w wielu przypadkach daje nam cenne wskazówki. Bywają jednak przypadki, w których wypada ona ujemnie, a podczas zabiegu operacyjnego znajdujemy złamaną łąkotkę. Zdarza się to najczęściej przy odwarstwieniu górnej części łąkotki oraz przy oderwaniu łąkotki od torebki stawowej na niewielkiej przestrzeni.

Uszkodzeniu łąkotek przeważnie towarzyszy wysięk w stawie kolanowym.

Nadmienić należy, że według *Toblera* łąkotka normalna pod względem histologicznym może doznać uszkodzenia tylko

pod wpływem bardzo dużego urazu. W tych przypadkach, w których uszkodzenie łąkotki nastąpiło pod wpływem nieznacznego urazu, według tegoż autora zachodzi przypadek złamania patologicznego powstałego na podłożu już poprzednio istniejących zmian degeneracyjnych, które są przyczyną uszkodzenia.

Według *Burmana* i *Sutro* łąkotka osobnika do lat 20 nie wykazuje makroskopowo żadnych dostrzegalnych zmian. Dopiero w miarę starzenia się osobnika zmiany te występują, zabarwienie z normalnego białego przechodzi w intensywnie żółte, a nawet w brązowe — brzeg wewnętrzny staje się nieregularny. Do najczęstszych zmian degeneracyjnych wszyscy autorzy (*Tobler, Burman, Sutro, Raszeja*) zgodnie zaliczają zwyrodnienie tłuszczowe, szkliste, śluzowe i wapniowe.

Niekiedy spotykamy się ze zwiotczeniem torebki i więzadeł — wówczas występuje też wiotkość łąkotki (laxité méniscale). W tych przypadkach występują niektóre charakterystyczne objawy dla uszkodzenia łąkotek, jak bolesność przy skręcaniu podudzia, blokady jednak nigdy nie spostrzegamy.

Łąkotki bardzo często ulegają rozmaitego rodzaju uszkodzeniom mechanicznym, nigdy natomiast nie ulegają zapaleniu, tak że „meniscitis" nie istnieje. Z tego też powodu *Mouchet* i *Tavernier* opisaną przez *Roux* jednostkę chorobową pod nazwą „méniscite traumatique" identyfikują z chorobą *Hoffy*.

Natomiast coraz częściej opisują niektórzy autorzy przypadki meniskopatii (*Andeesen, Israelski, Pollack, Raszeja*). Niezbyt często zdarzają się torbiele łąkotek. W naszym materiale na 37 przypadków spotkaliśmy się z jedną torbielą (niecałe 3%).

Ponieważ, jak to wykazały badania *Fischera* i *Pfaba*, trzon i części wewnętrzne łąkotki są nieunaczynione, a więc niedostatecznie odżywiane, nie zrastają się one nigdy, przeto by oderwane części nie przeszkadzały w ruchach stawu kolanowego należy je usunąć drogą operacyjną.

Tak też postąpiono w przypadku który przedstawiam.

Chory Z. B. lat 24, grając na meczu piłki nożnej uczuł bez specjalnej przyczyny silny ból w prawym stawie kolanowym — upadł, chwilę leżał, jednak wstał o własnych siłach i zszedł z boiska. Po krótkim masażu poczuł się dobrze, wrócił na boisko i grał do końca meczu. Po skończonej grze zauważył w szatni, że okolica stawu kolanowego prawego, a w szczególności nad rzepką jest obrzęknięta. Leczony był masażami i nagrzewaniami. Po pięciotygodniowym leczeniu wrócil na boisko. Trzy tygodnie po leczeniu podczas meczu znów uczuł dotkliwy ból w tym samym (prawym) kolanie. Miał wrażenie, jakby powierzchnie stawowe ześlizgiwały się. Zszedł z boiska o własnych siłach. Zauważył, że natychmiast wystąpił obrzęk w okolicy prawego kolana. Ponownie przeprowadził leczenie fizykalne. W ciągu 4-ch miesięcy powstrzymywał się od gry w piłkę nożną, a następnie grał jeden raz z obandażowanym kolanem bez wypadku.

Ponieważ podczas zwykłego chodzenia miał stale uczucie przesuwania się czegoś w prawym kolanie, zwrócił się do ambulatorium ortopedycznego przy szpitalu U. S. w Warszawie, gdzie stwierdzono uszkodzenie łąkotki wewnętrznej prawego stawu kolanowego.

Z tym rozpoznaniem przystąpiono do zabiegu operacyjnego 1 lutego 1932 roku. Podczas operacji stwierdzono odwarstwienie łąkotki wewnętrznej od torebki stawowej na znacznej przestrzeni — podczas zginania kolana łąkotka fałdowała się. Łąkotkę całkowicie usunięto. Po zabiegu prócz masażu żadnego innego następczego leczenia nie przeprowadzono.

W 6-tym tygodniu po operacji grał już na meczu piłkarskim, czuł że kolano operowane jest jeszcze słabe, ale żadne dolegliwości nie wystąpiły. W 3 miesiące po operacji czuł się zupełnie zdrów, grał stale, nawet podczas najforsowniejszych meczów nie odczuwał żadnych dolegliwości.

W kwietniu 1934 roku podczas meczu piłkarskiego w czasie forsownego biegu, gdy dopadł piłkę i oddał prawą nogą strzał na bramkę, uczuł b. silny ból w lewym stawie kolanowym — upadł. Próba wstania o własnych siłach nie powiodła

się, gdyż nie mógł wyprostować kolana. Zniesiono go z boiska do szatni, gdzie po zastosowaniu masażu wyprostował chore kolano. Po powrocie do domu, gdy mył prawą nogę a stał na dopiero co uszkodzonej kończynie, nieopatrznie wykręcił się w lewo, uczuł znów silny ból w lewym kolanie, upadł na podłogę nie mogąc podnieść się. Wystąpił znaczny obrzęk w okolicy lewego stawu kolanowego.

Trzeciego dnia po wypadku chory zgłosił się do ambulatorium ortopedycznego U. S., gdzie nakłuto staw i wydobyto około 100 cm^3 płynu lepkiego, o bursztynowym zabarwieniu. Chodził z kolanem zabandażowanym opaską elastyczną. Nie grał około 5-ciu tygodni. Następnie próbował grać, ale stale miał uczucie przeskakiwania czegoś w kolanie, wysięk nie powtarzał się.

W kilka miesięcy po tym wypadku, podczas gry w siatkówkę uczuł silny ból w lewym kolanie, nastąpiła blokada tego stawu, utworzył się wysięk, który wypuszczono. Znów czuł się dobrze.

W początkach lutego 1935 roku podczas ślizgania się nastąpiło raptowne zablokowanie lewego stawu kolanowego tak silne, że w ciągu tygodnia nie mógł go wyprostować — dopiero 11 lutego, podczas zabiegu operacyjnego na naszym oddziale, po znieczuleniu stawu, udało się kolano wyprostować. Usunięto wówczas łąkotkę przyśrodkową, która była pęknięta skośnie a róg przedni zupełnie oderwany. Po zabiegu operacyjnym stosowano masaże i diatermię.

W dwa miesiące po operacji poszedł na boisko, jednak czuł się dość niepewnie, dopiero po czterech miesiącach odzyskał zupełną sprawność kończyny.

W dwa lata po drugiej operacji zarzucił piłkarstwo, gra jednak w tenisa, ślizga się i jeździ na nartach, nie odczuwając absolutnie żadnych dolegliwości w operowanych kolanach.

Z pośród kilku opisanych sposobów dostępu do łąkotek, najczęściej stosowane są dwa: z cięcia podłużnego lub poprzecznego. Ponieważ cięcie podłużne daje bardzo ograniczony dostęp, a więc możność tylko częściowego usunięcia łąkotki, na naszym oddziale, który stoi na stanowisku, że należy całkowicie usuwać uszkodzoną łąkotkę, stosujemy zawsze cięcie poprzeczne t. j. równoległe do szpary stawowej. Z takiego cięcia w opisanym przypadku były usunięte łąkotki.

W okresie sześcioletnim na naszym oddziale wykonaliśmy 37 meniscektomij. W 35-ciu przypadkach dochodziliśmy do łąkotek cięciem poprzecznym, w jednym tylko przypadku, gdzie usunięto obie łąkotki, otwarto staw cięciem przez rzepkę.

Mężczyźni stanowili większość — 25 łąkotek, u kobiet usunięto 12 łąkotek. Operowano przeważnie prawe kolano — 23 przypadki, lewych kolan operowano 14. Usunięto 32 wewnętrzne łąkotki i tylko 5 zewnętrznych. Granica wieku wahała się od 18 lat do 70, przy czym najwięcej, bo 18 przypadków, przypada na okres od 21 do 30 lat. Od 18 do 20 lat, operowano 8 łąkotek, od 31 do 40 lat — 9 łąkotek, jedną łąkotkę usunięto u 50-letniego mężczyzny i jedną u 70-letniej kobiety.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Burman M.* and *Sutro Ch.:* A study of the degenerative changes of the menisci of the knee joint, and the clinical significance thereof. Journal of Bone and Joint Surg. Vol. XV, p. 835 — 61 (1933); 2. *Grobelski M.:* Obrażenia i schorzenia łąkotek stawu kolanowego. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1929 r. zeszyt II; 3. *Kalina L.:* O złamaniu łąkotek i ich leczeniu. Polska Gazeta Lek. 1925 r. Nr 3; 4. *idem:* W sprawie rozpoznania i leczenia złamania łąkotek. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1933 r. zeszyt IV; 5. *idem:* Postępy diagnostyki urazów stawu kolanowego. Chirurg Polski 1936 r. Nr 3; 6. *Mouchet* et *Tavernier:* Pathologie des ménisques du genou. Paris 1927 r.; 7. *Payr:* Zur Meniskusfrage, Vor- und Nacherkrankung des Gelenkes, Sportunfall, Berufsschadenfolge. Zbl. f. Chir. 1936 Nr 16; 8. *Pfab:* Zur Blutgefässversorgung der Menisci und Kreuzbänder. D. Ztschr. f. Chir. 1927, tom 205, str. 258; 9. *idem:* Experimentelle Studien zur Pathologie der Binnenverletzungen des Kniegelenkes, D. Ztschr. f. Chir. 1927 t. 205 str. 265; 10. *idem:* Weitere experimentelle Studien zur Pathologie der Binnenverletzungen des Kniegelenkes. D. Ztschr. f. Chir. 1928 tom XI str. 339; 11. *idem:* Zur Gefässversorgung der Menisci. Zbl. f. Chir. 1928 Nr 12 str. 731; 12 *Raszeja F.:* Zmiany patologiczne łąkotek i ich znaczenie kliniczne. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Polska 1937 tom X str. 146 — 179; 14. *Tobler:* Ma-

kroskopische und histologische Befunde am Kniegelenkmeniskus in verschiedenen Lebensaltern. Schweiz. med. Wchschr. 1929 r. tom II, str. 1359;

14. *idem:* Zur normalen und pathologischen Histologie des Kniegelenkmeniskus. Arch. für Klin. Chir. Nr 177, str. 483 — 95.

T E C H N I K A

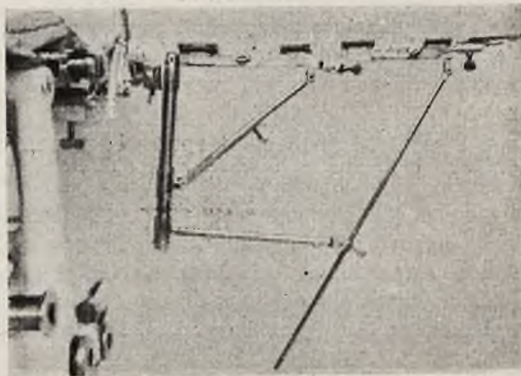
Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

NOWY MODEL WSPORNIKA DLA KOŃCZYNY GÓRNEJ

podał
Dr Roman Wolański.

Posługując się na oddziale polskimi stołami operacyjnymi *f-my Jarnuszkiewicz,* wiele mieliśmy dotychczas kłopotu przy zabiegach przeprowadzanych na kończynie górnej, zwłaszcza wymagających szczególnego ułożenia kończyny. Stół ten bowiem, podobnie jak i wiele innych stołów, nie posiada oparcia dla kończyny górnej. Układanie ręki na przysuwanym do stołu operacyjnego stoliku nie pozwala zarówno na dowolne odwiedzenie kończyny, jak i na ustalenie ręki zgiętej w łokciu przy równoczesnym uniesieniu przedramienia wprost ku górze, względnie pochyleniu go pod zmiennym w zależności od potrzeby kątem w stosunku do płaszczyzny blatu stolika. Ułożenie to bywa niekiedy potrzebne przy zabiegach przeprowadzanych na ramieniu. Jeśli posługujemy się w tym celu dosuwanym do stołu stolikiem, ręka w czasie zabiegu stale musi być trzymana przez asystenta, chociażby nawet nie wymagała szczególnego ułożenia. Brak przy stole operacyjnym oparcia dla ręki daje się przykro odczuć i w innych jeszcze okolicznościach. Przy zabiegach przeprowadzanych w pasze, dalej przy amputacji sutka silnie odwiedziona ku górze ręka musi być podczas zabiegu trzymana przez jedną z osób personelu sali operacyjnej. Do pomocy służącego musieliśmy się również uciekać w czasie tak często stosowanych na naszym oddziale dożylnych uśpień sennarkolowych. Przeważnie przez cały czas zabiegu odwiedziona ręka była przez niego trzymana w powietrzu, podobnie jak stale musi być w czasie uśpienia trzymana ręka ułożona na stoliku, jeśli nie chcemy, aby przy poruszeniu się chorego igła wysunęła się z żyły.

Bardzo kłopotliwemu temu postępowaniu we wszystkich wymienionych powyżej przypadkach zapobiegliśmy w ostatnich czasach w zupełności, konstruując specjalny wspornik, przykręcany do stołu operacyjnego (rys. 1 — 3). Wspornik ten różni

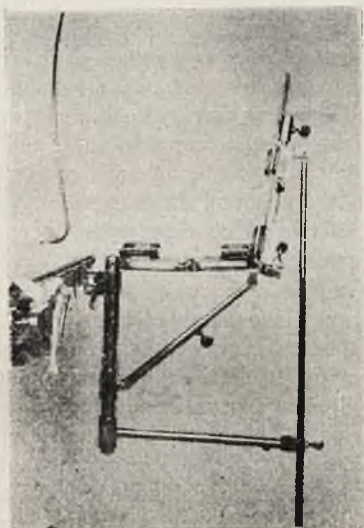


Rys. 1.

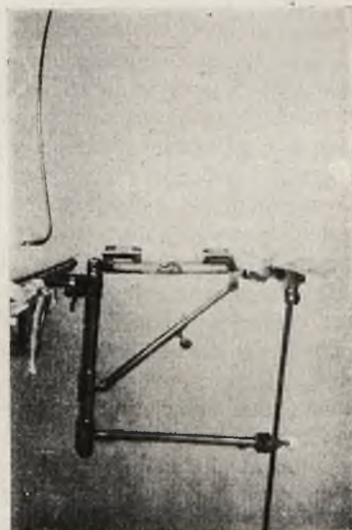
się zasadniczo od podpórki dla ręki używanej przy stole Schaererowskim, wolny bowiem koniec tej podpórki oparty jest na szerokiej podstawce, ustawionej na podłodze obok stołu operacyjnego, co nie pozwala np. na umocowanie przedramienia

uniesionego ku górze przy kończynie zgiętej pod kątem prostym w stawie łokciowym.

Wspornik nasz jest zawieszony na stole, to też pozwala na umocowanie ręki w dowolnym ułożeniu. Nie posiadając dodatkowej podstawki stojącej na ziemi w niczym nie przeszkadza on operatorowi ani narkotyzerowi. Wszelkie zmiany w ułożeniu kończyny mogą być przeprowadzane przez personel pomocniczy przez odkręcanie i dokręcanie jednej z 4 śrub, umieszczonych pod wspornikiem, nawet w czasie zabiegu bez obawy zakażenia pola operacyjnego. Manipulacja podpórką jest bardzo prosta dzięki niewielkiej ilości śrub ustalających. Obydwie zasadnicze części składowe wspornika, zarówno przeznaczona dla oparcia ramienia, jak i przedramienia, pozwalają się rozsuwać; rozmiary wspornika mogą być dowolnie zmieniane, przez co daje się on dostosować do każdej ręki, nawet ręki dziecka. Ręka może być zarówno zupełnie przysunięta do stołu, jak i odwiedziona maksymalnie. Wyprostowana kończyna może być uniesiona w całości ku górze, względnie obniżona ku dołowi przy każdym odwiedzeniu. Ręka zgięta w łokciu może być ustalona we wszystkich możliwych do pomyślenia ułożeniach przedramienia, co pozwala też na skręcanie osi ramienia w granicach kąta przekraczające 180°.



Rys. 2.



Rys. 3.

Kończynę przymocowujemy do wspornika przy pomocy pasków, przeprowadzonych przez wklęsłe płytki metalowe wyściełone gumą gąbczastą, do których ręka ściśle przylega. Dwa tego rodzaju paski umieściliśmy na ramieniu, dwa na przedramieniu i jeden na dłoni. Pasek ustalający ramię, a znajdujący się powyżej zgięcia łokciowego, może równocześnie służyć do wywoływania zastoju w żyle łokciowej przed wkłuciem do niej igły dla wprowadzenia sennarkolu.

Wspornik z łatwością daje się zdjąć ze stołu. Może on być używany zarówno dla lewej, jak i prawej ręki. Wykonany jest ściśle według naszego planu przez *f-mę Stanisław Mucha* w Krakowie. Dzięki temu, że części wspierające są wykonane z rur stalowych, ciężar jego jest nieznaczny, bo dochodzi do 3 kg, wytrzymałość zaś duża, znosi bowiem obciążenie kilkudziesięciu kg.

POSIEDZENIA

Z POSIEDZENIA KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO z dnia 9.XI 1938.

POKAZY PRZYPADKÓW Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA IM. PREZ. G. NARUTOWICZA.

Ordynator: *Dr Jerzy Jasieński.*

Dr J. Stafiera:

PRZYPADEK RANY KŁUTEJ BRZUCHA U 5-LETNIEGO DZIECKA.

Dziecko przed dwiema godzinami biegnąc po podwórzu upadło na rozbitą flaszkę. Przez ranę wypadły jelita. Oddany mocz miał być krwawy. Przy badaniu na skórze podbrzusza, nieco na prawo od linii środkowej, stwierdzono obecność kilku wypadniętych pętli jelita cienkiego. Wypadły one poprzez pięciocentymetrową ranę powłok, biegnącą skośnie od strony prawej i góry ku lewej i ku dołowi, zachodzącą nieznacznie poza linię środkową ciała. Na jednej z pętli widoczne były dwie pięciocentymetrowe rany cięte, biegnące równolegle do długiej osi jelita i drążące do jego światła. Wypadnięte pętle jelitowe obmyto rozczynem fizjologicznym soli, po czym osłonięto je chustkami i odkażono skórę brzucha. Następnie zeszyto obydwa otwory w jelicie, po czym dopiero poszerzono ranę powłok. Kontrola znajdujących się w brzuchu pętli jelitowych i krezki nie wykazała żadnych obrażeń. Wobec tego, że, jak wynikało z wywiadów, dziecko bezpośrednio po wypadku miało oddać mocz krwawy, dokładnie obejrzano okolicę pęcherza, żadnych jednak jego obrażeń nie udało się wykazać. Obawiając się przeoczenia drobnego otworu w ścianie pęcherza, wypełniono jego światło przez wprowadzony poprzez cewkę cienki cewnik jałowym fizjologicznym rozczynem soli. Dzięki temu przekonano się o istnieniu drobnego otworu na tylnej ścianie pęcherza w pobliżu jamy Douglasa. Otwór ten drążył do wolnej jamy otrzewnej. Ranę pęcherza zeszyto. Po powtórnej kontroli całej jamy brzusznej zeszyto szczelnie powłoki, w pęcherzu zaś pozostawiono cewnik na stałe. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy i zupełnie gładki. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Cewnik usunięto w 10-ym dniu po zabiegu. Oddawany mocz był czysty, zawierał nieliczne tylko krwinki i leukocyty.

Równoczesne zranienia jelit i pęcherza nie należą do wyjątkowych i, jak uczy doświadczenie, przy wcześnie przeprowadzonym zabiegu operacyjnym dają na ogół dobre rokowanie. Zabieg musiał być wykonany doraźnie ze względu na drążącą ranę brzucha. Gdyby jednak nie podawany przez rodziców w wywiadach krwiomocz, o istnieniu którego nie podobna się było naocznie przekonać, gdyż pęcherz dziecka po przywiezieniu go do szpitala był zupełnie próżny, niewątpliwie nie znalezionoby w czasie zabiegu i nie zeszyto otworu w pęcherzu. Dziecko zaś z pewnością by zginęło, wiemy bowiem o tym, że przerwanie ciągłości tylnej, pokrytej otrzewną ściany pęcherza jest zawsze śmiertelne, jeśli się go na czas nie rozpozna i nie zeszyje otworu. Po otwarciu brzucha nie stwierdzono w nim obecności moczu. Nie świadczy to jednak o braku uszkodzenia ściany pęcherza. *Läwen* bowiem słusznie podkreśla, że przy śródotrzewnowych uszkodzeniach pęcherza mocz nie zawsze musi się przedostawać do otrzewnej. Mimo dokładnego oglądania powierzchni pęcherza nigdzie nie zauważono uszkodzenia jego ściany. Dla wyłączenia, więc, że nie chodziło o śródotrzewnowe przebicie ściany pęcherza, nie pozostawało nic innego jak wykonać zabieg, który wszystkie podręczniki uważają za niedopuszczalny: wprowadzić do pęcherza jałowy fizjologiczny rozczyn soli i naocznie się przekonać o tym, czy płyn nie przedostaje się do otrzewnej, jeśli zaś tak, to w którym miejscu. Podręczniki z naciskiem podkreślają, że w przypadkach w których podejrzewamy zranienie pęcherza nie wolno wprowadzać doń żadnego płynu. Gdybyśmy wszakże nie postąpili w ten sposób, który, jak sie okazało, nie przyniósł dziecku szkody, niewątpliwie pozostawilibyśmy otwór w pęcherzu — i stracili chorego. Jeśli bowiem, jak powszechnie wiadomo, symptomatologia śródotrzewnowych uszkodzeń pęcherza w początkowych okresach nie zawsze bywa dość wyraźna, nie zawsze pozwala na rozstrzygnięcie wszystkich wątpliwości i wie-

le laparotomij przeprowadza się w tych przypadkach dopiero po wystąpieniu objawów zapalenia otrzewnej, to w naszym przypadku powiedzieć można z góry — ze względu na przeprowadzony doraźny zabieg z powodu wypadnięcia i uszkodzenia jelita — że nawet taki późny zabieg nie wchodziłby zupełnie w rachubę. Postąpiliśmy więc w tym przypadku właściwie, łamiąc ogólnie przyjętą regułę chirurgiczną. Ze względu wreszcie na niewielkie rozmiary otworu w pęcherzu poprzestaliśmy na pozostawieniu cewnika na stałe, miast polecanego przeważnie, a zbędnego w tym przypadku zakładania przetoki pęcherzowej.

Dyskusja:

Doc. Szymanowicz zapytuje, jaki w tym przypadku był mechanizm powstania przebicia tylnej ściany pęcherza.

Prelegent wyjaśnia, że widocznie wąski i długi koniec rozbitej flaszki ugodził powłoki w kierunku od przodu i góry ku tyłowi i dołowi, zaś pęcherz był mało wypełniony.

Dr P. Hornicki:

a) PRZYPADEK SZCZĄTKOWEGO OGONA WNĘTRZOKRĘGIEGO U DWULETNIEGO DZIECKA.

(Będzie ogłoszony w „Chirurgu Polskim").

b) PRZYPADEK PRAWDZIWEGO DODATKOWEGO BOCZNEGO WOLA SZYI.

(Podany w całości w bieżącym N-rze „Chirurga Polskiego").

Dyskusja:

Doc. Kowalczykowa stwierdza, że przedstawiony przypadek posiada duże znaczenie praktyczne jeszcze z innego względu: przy ocenie podobnego przypadku zarówno klinicysta, jak i histopatolog muszą rozstrzygnąć pytanie, czy chodzi o przerzut pozornie łagodnego gruczolaka tarczycy, czy też o tarczycę dodatkową. Przerzuty nowotworu tarczycy drogą chłonną są na ogół niezbyt częste, jednak można je również niekiedy znaleźć w głębokich szyjnych i nadobojczykowych gruczołach chłonnych; ponieważ zaś przerzuty te mogą mieć budowę gruczolaka, trudność decyzji bywa niekiedy poważna. Zważywszy jednak w tym przypadku, że umiejscowienie obydwu guzków jest typowe dla tarczyc dodatkowych, że są one wyraźnie odgraniczone od otoczenia, posiadają wyraźną torebkę włóknistą oraz że nigdzie w dokładnie histologicznie przebadanych tworach nie stwierdzono resztek utkania gruczołu chłonnego, należy raczej przypuszczać, że istotnie chodzi o tarczyce dodatkowe. Przerzuty gruczolaka tarczycy występują przeważnie w kośćcu, przy czym zawsze zwraca uwagę pewna nieregularność budowy gruczołu, czego nie m[illegible] w preparatach przedstawionego przypadku.

Dr Sz. Kranz:

LECZENIE ZAKRZEPOWEGO ZAPALENIA ŻYŁ KOŃCZYN PRZY POMOCY OPATRUNKU UCISKOWEGO (KLEINOWEGO).

Metoda ta, stosowana przez autorów wiedeńskich, została wprowadzona w Polsce przez *doc. Rutkowskiego* z Warszawy, który przekonał się o wielkiej jej wartości na dużym materiale[1]). Na podstawie dotychczasowych doświadczeń oddziału chirurgicznego Szpitala im. Narutowicza prelegent wyraża się o tej metodzie bardzo korzystnie i gorąco zaleca jej stosowanie.

Dyskusja:

Doc. Szymanowicz powątpiewa czy metoda ta może również okazać się skuteczną w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych po zabiegach ginekologicznych, kiedy to zakrzep zawsze usadowiony jest wysoko w żyłach miednicy małej. Metody tej nigdy dotychczas nie stosował, ma jednak zamiar wypróbować ją w przyszłości. Główny błąd dotychczasowego leczenia schorzenia widzi w zbyt długim, miesiące nieraz trwającym, przetrzymywaniu chorych w łóżku. Przy ocenie kiedy należy zaprzestać unieruchomienia kończyny, kieruje się nie tyle ciepłotą ciała, ile szybkością tętna chorej.

Dr Blasberg wspomina, że *Pratsicas* i *Teckari* ogłosili niedawno w „Journal de Medécine de

[1]) Patrz *S. Śpiewankiewicz.* „Chirurg Polski" Nr 6/38, str. 299—306.

Lyon" własne spostrzeżenia co do skuteczności leczenia zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych przy pomocy opatrunku uciskowego, który zbliża ścianę żyły do zakrzepu i przez to znacznie przyśpiesza organizację zakrzepu. W odpowiedzi *doc. Szymanowiczowi* zaznacza, że przy dotychczasowym sposobie leczenia kończyna winna być unieruchomiona tak długo, aż podniesiona ciepłota ciała, świadcząca o tym, że proces zapalny jeszcze się nie skończył, nie powróci do normy i nie ustąpią napadowe stany lękowe oraz okresowe przyspieszenie tętna i jego niemiarowość, świadczące o utrzymujących się zaburzeniach narządu krążenia.

Dr Jasieński podkreśla, że zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych należy na jego oddziele do wyjątkowych powikłań pooperacyjnych; w ciągu lat 4 spostrzegał je bowiem tylko 15 razy. Leczenie przy pomocy opatrunku uciskowego przeprowadzano na oddziale nie tylko przy zakrzepach powstałych po zabiegach chirurgicznych, lecz i z innych przyczyn, u chorych przywiezionych z miasta, bądź z innych oddziałów. W większości przypadków zakrzep powstaje w żyle biodrowej, mimo to opatrunek ściśle przylegający do dołu biodrowego, obejmujący lekko zgiętą w stawie biodrowym kończynę wraz z podbrzuszem w zupełności spełnia swe zadanie. Wyniki leczenia są zgoła nieprawdopodobne. Bóle w kończynie ustępują zwykle po 2 dniach, ciepłota ciała opada do normy w 5 dni po założeniu opatrunku, po tygodniu chorzy rozpoczynają ruchy, po 2 tygodniach zaś opuszczają łóżko, a częstokroć i szpital. Wynik leczenia jest szczególnie uderzający w przypadkach, w których opatrunek kleinowy założono wcześnie. Ale również w przypadkach spóźnionych warto uciec się do leczenia uciskowego. W przypadku zakrzepowego zapalenia żył obydwu kończyn dolnych, powstałego po złamaniu goleni, powikłanego zawałami w płucach, w którym obrzęk po ½-rocznym leżeniu w łóżku obejmował całą połowę ciała, kończąc się w okolicy nadbrzusza, dzięki kleinie w ciągu 3 tygodni udało się w zupełności wyrównać zaburzenia krążenia i dosłownie postawić chorego na nogi. Proponowane przez autorów wiedeńskich zapobiegawcze leczenie przy pomocy opatrunku uciskowego, zakładanego na kończyny dolne w przypadkach, w których pierwszym powikłaniem jest zawał w płucach, również nie jest pozbawione słuszności. *Dr J.* spostrzegał niedawno przypadek, w którym w końcu 2-go tygodnia po appendektomii wystąpił zawał w płucach, w końcu zaś 3-go tygodnia — zakrzepowe zapalenie żył lewej kończyny dolnej. Należy się spodziewać, że metoda ta, pozwalająca na znaczne skrócenie czasu leczenia, zapobiegająca powikłaniom i zapewniająca uzyskanie dobrego wyniku czynnościowego (brak śladu obrzęków przy chodzeniu po skończonym leczeniu), szybko się rozpowszechni.

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 listopada 1938 r.

Płk dr B. Pawłowski:

PRZYPADEK WYLECZENIA WYNICOWANIA PĘCHERZA MOCZOWEGO

(wszczepieniem moczowodów do jelita grubego sposobem **Coffeya**).

(Ukaże się w druku w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym").

Dyskusja:

Doc. Rutkowski w swoim przypadku operowanym przed kilkoma laty postąpił podobnie z tą tylko różnicą, że moczowody wszczepiał razem z odcinkiem ściany pęcherza. Wyrostek też usunął w swoim przypadku.

Płk dr Pawłowski usunął wyrostek dlatego, że po wszczepieniu moczowodu do kątnicy robi się ona po tym mniej ruchoma, i wtedy, w razie ewentualnego zabiegu operacyjnego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, można się spotkać z dużymi trudnościami operacyjnymi.

Płk dr T. Sokołowski:

LECZENIE ROPNI BRODIEGO SZYI KOŚCI UDOWEJ ZA POMOCĄ WIERCENIA

(Ukaże się jako osobna publikacja w „Chirurgu Polskim").

Dyskusja:

Dr Levittoux: W zeszłym roku mieliśmy w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. dwa przypadki ropni Brodiego w szyjce kości udowej. Postępowanie nasze było podobne: wprowadzaliśmy uprzednio gwóźdź Steinmanna, kontrolując rentgenem; później świdrem Wolszczana docieraliśmy do ogniska, a powstały kanał rozszerzaliśmy świ-

drem Wolszczana większego rozmiaru. Przez kanał ten wprowadzaliśmy ostrą łyżeczkę i staraliśmy się wyskrobać całe ognisko, a wyskrobiny usunąć. Wyskrobiny badaliśmy mikroskopowo i bakteriologicznie. Wychodząc z założenia, że ropień Brodiego jest sprawą infekcyjną, postępowaliśmy tym sposobem klasycznym, tak jak we wszystkich ropniach kości.

Jednostka opisana przez Brodiego jest to *osteomyelitis circumscripta chronica staphylococcica.* W późniejszych już czasach lekarze pod mianem „ropnia Brodiego" ujmowali także ropnie pochodzenia niegronkowcowego.

Co się tyczy przypadków demonstrowanych, to mam wątpliwości, czy przypadek III jest ropniem *Brodiego.* Widzimy w nim bowiem ogniskowe nasilenie cienia rentgenowskiego, co by świadczyło o uwapnieniu ogniskowym, a nie o rozrzedzeniu. A przecież właśnie ognisko rozrzedzenia, tylko z otoczką sklerotyczną, jest charakterystyczne dla ropni Brodiego.

Wygojenie ropni Brodiego może nastąpić przez proliferację kostną, a więc rentgenologicznie będzie widoczne tylko ognisko nieznacznej eburneacji. Natomiast na przedstawionym rentgenogramie widzimy odkładanie się wapnia. Proces uwapnienia może odbywać się tam, gdzie nastąpiło zamknięcie dopływu krwi do ziarniny, jak np. przy serowaceniu gruczołów chłonnych itp. Dlatego też przypadek ten raczej należy traktować jako wygojone ognisko gruźlicze, niż jako ropień Brodiego.

Plk dr Sokołowski uważa, że lepiej jest ropni takich nie wyskrobywać, gdyż skrobanie to jest tylko niepotrzebnym urazem, ponieważ nie usuniemy w ten sposób wszystkich mikrobów. Co do przypadku III, jest to ropień Brodiego, ponieważ na zdjęciu bocznym widać na tle uwapnienia wyraźnie także ogniska rozrzedzenia.

Prof. Radliński zwraca uwagę, że wszyscy przedstawieni chorzy zanim byli operowani, leczyli się już w ciągu dłuższego czasu u różnych lekarzy. Być może, że właśnie dzięki temu iż upłynął dłuższy okres czasu pomiędzy zachorowaniem a operacją, otrzymano tak dobre wyniki pooperacyjne, gdyż ogniska ropne stopniowo samoistnie się wyjałowiły.

Dr S. Tokarski:

W SPRAWIE PNEUMOGRAFII STAWU KOLANOWEGO PRZY USZKODZENIACH ŁĄKOTKI.

(Będzie drukowany w całości w następnym N-rze „Chirurga Polskiego").

Dr A. Janik (Łódź):

PRZYPADEK NERWIAKA ZWOJOWO-KOMÓRKOWEGO.

(Str. własne)

F. I. mężczyzna lat 19, w sierpniu rb. po przebytej grypie zauważył guz w lewej połowie brzucha, dość szybko wzrastający, ale nie sprawiający choremu żadnych dolegliwości. W 3. tygodniu od chwili zauważenia guza chory zgłosił się do szpitala U. S.

Miejscowo stwierdziliśmy w lewej górnej części jamy brzusznej guz wielkości pięści, elastyczny, nieco tkliwy, mało ruchomy. Stan ogólny chorego dobry, ciepłota prawidłowa, badania dodatkowe odchyleń od normy nie wykazały, z wyjątkiem pyelografii dożylnej, która wykazuje, że guz leży pozaotrzewnowo przy kręgosłupie i odpycha moczowód lewy na zewnątrz.

Zabieg operacyjny przeprowadziliśmy drogą przezotrzewnową; po otwarciu tylnej blaszki otrzewnej stwierdziliśmy, że guz przylega ściśle do kręgosłupa i aorty; po nacięciu torebki poczęliśmy guz wydzielać, co z trudnością dało się uskutecznić w pobliżu aorty, rynienkowato przez guz objętej; guz usunęliśmy w całości; dość obfite krwawienie tętniczek lędźwiowych dało się opanować.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Zmian w ukrwieniu i ciepłocie kończyny dolnej lewej nie stwierdziliśmy.

Badanie drobnowidzowe *(doc. Ściesiński):* guz składa się z licznych włókien nerwowych i łącznotkankowych włóknistych, przebiegających falisto i splecionych z sobą, nie mających osłonek myelinowych, oraz gromadek komórek zwojowych po kilka do kilkunastu, często układających się w pasma: n e r w i a k z w o j o w o-k o m ó r k o w y d o j r z a ł y.

W r. 1923 zestawił *Brunner* z piśmiennictwa 51 przypadków nerwiaków zwojowo-komórkowych. Z tych 8 wychodziło z czaszki, 7 — z okolicy szyjnej, 3 — z poza opłucnej, 12 — z nadnerczy i najbliższego otoczenia (1 przyp. z objawami choroby Addisona), następnie 10 leżało pozaotrzewnowo niżej okolicy nadnerczy, 5 w małej miednicy, 6 dotyczyło obwodowego systemu nerwowego. Do

grupy nerwiaków okolicy pozaopłucnowej należy dodać operowany przypadek *Sauerbrucha* (wielkości głowy dziecka).

Najtypowszą częścią składową tych nowotworów są komórki zwojowe w różnej ilości i w różnym okresie zróżnicowania neuroblastów. Komórki te leżą wśród pasm włókien nerwowych bezrdzennych, stąd na przekroju guzy mają wygląd włókniaka z jedwabistym połyskiem pasemek.

Nerwiaki te występują przeważnie u kobiet, wychodząc najczęściej z lewego splotu współczulnego lub nadnercza. Charakter mają na ogół dobrotliwy, wyjątkowo złośliwy. Mogą one dochodzić do znacznych rozmiarów, drążyć przez otwory międzykręgowe do kanału rdzeniowego i powodować porażenia, zrastać się z aortą lub żyłą próżną dolną, powodować objawy ucisku naczyń szyjnych i narządów klatki piersiowej.

Doc. J. Zaorski:

TRUDNOŚCI ROZPOZNAWCZE PRZY KAMICY NERKOWEJ.

(Str. własne)

Przedstawiam 3 przypadki urologiczne, które wykazują z jakimi trudnościami rozpoznawczymi i leczniczymi możemy się spotykać mimo pozornie jasnych obrazów chorobowych.

Przyp. 1. dotyczy chorej lat 40, skierowanej do nas z oddziału wewnętrznego z rozpoznaniem *gastro-colo-ptosis, ren mobile dextrum (dr Bratkowski).* Rtg. uzyskane po wstrzyknięciu tenebrylu *(dr Kowalewski)* wskazywały: „Uwidocznione miedniczki obu nerek leżą w lewej połowie jamy



Rys. 1.

brzusznej. Wydzielanie moczu zaczyna się w obu nerkach równocześnie w prawidłowym czasie. Uwidocznione miedniczki i kielichy mają kształt prawidłowy. Jedna miedniczka leży wysoko, w miejscu odpowiadającym lewej nerce. Niżej, na wysokości trzonów L_3 i L_4 widać cień miedniczki prawej, położony po stronie lewej" (rys. 1).

Biorąc pod uwagę brak zaburzeń w wydzielaniu i oddawaniu moczu oraz brak zmian chorobowych w osadzie, a także licząc się z tym, że niejednokrotnie operacyjne odprowadzenie nerek ruchomych do prawidłowego położenia nie usuwa bólów, szczególnie u bardziej nerwowych chorych, z rozmaitymi nieokreślonymi dolegliwościami (nasza chora była już dwukrotnie operowana: usunięcie wyrostka robaczkowego i plastyka krocza), zaleciliśmy podtrzymujący pas, oszczędzanie się w pracy fizycznej i skierowaliśmy chorą do domu.

Po 2 miesiącach chora powraca z nasilonymi bólami i zmianami chorobowymi w moczu (wałeczki ziarniste i czerwone ciałka krwi). Wobec pogorszenia się sprawy wykonaliśmy zabieg w uśpieniu evipanowym *(doc. Zaorski).* Po dotarciu drogą pozaotrzewnową do nerki, uruchomiliśmy ją od zrostów i podciągnęliśmy ku górze. Udało się to tylko w małym stopniu. Nie można było myśleć o dociągnięciu jej do żebra z obawy zbytniego naciągnięcia naczyń. Zadowoliliśmy się zatem przeprowadzeniem jej na prawą stronę jamy brzusznej i po umyślnym poranieniu (scarificatio) mięśnia lędźwiowo - udowego prawego i torebki nerki *(J. Lloyd)* przyszyliśmy ją w tym miejscu szwami catgutowymi, drążącymi częściowo przez miąższ nerki *(Bassini).* Poza pozostawieniem sączka gazowego, ranę zeszyliśmy szczelnie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora już po kilku dniach przestała narzekać na bóle, które jej najwięcej dokuczały przed zabiegiem w pozycji leżącej — i w 3 tygodnie po zabiegu opuściła szpital jako wyleczona. Rentgenogram pooperacyjny wykazuje: nerka prawa leży po prawej stronie kręgosłupa, w miejscu gdzie została przyszyta. Miedniczka jej rzutuje się na trzonach kręgów lędźwiowych, przy czym górny jej biegun znajduje się wyżej w porównaniu ze zdjęciem przedoperacyjnym (rys. 2).

U chorej tej niedostateczny — zdawałoby się — zabieg usunął radykalnie odczuwane dolegliwości.



Rys. 2.

Przyp. 2. dotyczy chorej l. 40, która przybyła do szpitala 20.VIII 1938 r. podając, że choruje od 1½ roku. W tym czasie doznała silnych bólów w prawym podżebrzu, które promieniowały w stronę łopatki. Równocześnie z bólami wystąpiła żółtaczka trwająca 3 dni. Bóle wymienione powtarzały się następnie kilkakrotnie, ustępując samoistnie po 3 — 4 dniach. Dopiero ostatni atak bólów w bm. był znacznie silniejszy, po czym wystąpiła żółtaczka, trwająca do dnia dzisiejszego.

Chora odczuwa brak apetytu, stolec zaparty, zabarwiony jasno, mocz ciemny, koloru piwa. W czasie napadu i obecnie ma wymioty, ciepłota 37.7°. W ostatnim czasie chora schudła o 6 kg. Z chorób przebytych: odra, płonica, 4 poronienia samoistne. Krwawienia miesięczne nie bolesne, co 3 tygodnie.

Stan obecny dobry; odżywienie mierne; skóra żółta, widoczne błony śluzowe o zabarwieniu żółtaczkowym. Język obłożony szarym nalotem, wilgotny. Jama brzuszna miernie wysklepiona. Wątroba wysuwa się z pod łuku żebrowego na 2½ palca, bolesna. Woreczek żółciowy wielkości małej gruszki, tkliwy. Dolna granica żołądka przekracza linię pępkową ku dołowi o 2 palce. Inne narządy bez zmian.

Badanie moczu: B — ślady; barw. żółc. obecne; urobilinogen obecny. W osadzie nabłonki płaskie dość liczne, b. c. — do 6 w polu widz.; śluzu niewiele. Badanie krwi: Hb 100%, wskaźnik 1.0, cz. c. 5.000.000, b. c. 6.000 — eozynof. 2%, młodych neutrof. 2%, pałeczk. 8%, wielojądrz. 60%, limfoc. 24%, monocyt. 4%. Badanie kału: barw. żółc. obecne; zgłębnikowanie dwunastnicy: żółci B nie otrzymano; w otrzymanej żółci A i C do 10 leukocytów w polu widzenia. Opadanie krwinek lekko przyspieszone 1 : 42 mm, 2 : 72 mm.

Zastosowano leczenie wewnętrzne *(dr Bratkowski)*. Po 16 dniach żółtaczka zaczyna się zmniejszać, stolec zabarwiony, wymioty ustępują, stan lepszy. Wątroba trochę zmniejsza się, ale jeszcze wystaje i jest tkliwa, tak samo okolica trzustki.

Badanie rentgenowskie zacieniowanego przewodu pokarmowego *(dr Kowalewski)* wykazało opuszczenie żołądka i poprzecznicy. Po doustnym podaniu środka cieniującego pęcherzyk żółciowy, ten ostatni nie wypełnił się i nie uwidocznił się na zdjęciu. Nad XII prawym żebrem widoczny jest cień wielkości dużego grochu (rys. 3). Cień



Rys. 3.

ten widoczny jest również na poprzednim zdjęciu żołądka. Celem zróżniczkowania umiejscowienia cienia — kamienia wykonano zdjęcie w położeniu na plecach. W tej pozycji cień okazał się mniejszy i więcej ostry, co przemawiałoby za tym, że znajduje się on w obrębie prawej nerki. Po zastosowaniu wstępującego zacieniowania moczowodu i miedniczki, cień podejrzany na kamień pokrył się z cieniem kielicha (rys. 4) i nie odsunął się od miedniczki na zdjęciu bocznym (rys. 5). Po dożylnym wprowadzeniu tenebrylu widać, że obydwie nerki wydzielają mocz w czasie normalnym. Zarysy obu miedniczek i kielichów prawidłowe. Podejrzany cień umiejscawia się w okolicy jednego z górnych kielichów prawej nerki i na zdjęciu bocznym nie oddziela się od miedniczki prawej. Roz-

poznano zamknięcie przewodu pęcherzykowego oraz kamień nerki prawej.

W tym czasie stan chorej się poprawia, w moczu ślady białka, barw. żółc. nieobecne, b. c. do 30 w polu widzenia. Opadanie krwinek powraca do normy 1 : 20 mm, 2 : 50 mm. W kale barw. żółciowe wyraźnie obecne.



Rys. 4.



Rys. 5.

Powstało pytanie, jak ułożyć dalsze leczenie chorej? Powierzchowne przejrzenie rentgenogramów, wobec objawów klinicznych, mogło doprowadzić do rozpoznania kamienia woreczka żółciowego i skierować leczenie na fałszywe tory. Dopiero dokładne i wielostronne badanie wykazało, że mamy do czynienia z obrazem przebytego zapalenia woreczka żółciowego i obecnością kamienia w prawej nerce.

Chora uprzednio nie skarżyła się na dolegliwości ze strony dróg moczowych, natomiast cierpienia swoje kierowała zawsze w stronę wątroby. Stojąc na stanowisku, że stan zapalny woreczka żółciowego może się uspokoić i z czasem nie dawać zupełnie objawów chorobowych, nie zaproponowaliśmy zabiegu na drogach żółciowych. Rozważając co zrobić ze stwierdzonym kamieniem nerki uważaliśmy, że dokąd nie daje on o sobie znać, dokąd jest ustalony w kielichu, możemy nie zalecać zabiegu celem wydobycia go z nerki. Wobec tego przepisaliśmy chorej leczenie zachowawcze z tym, ażeby się zgłosiła, o ile sprawa chorobowa się powtórzy lub spotęguje.

Że pomyłki w podobnych przypadkach mogą się zdarzać, świadczy opis choroby *3-go przypadku:*

Dotyczy on chłopca l. 14, u którego na podstawie obrazu rtg. rozpoznano kamień nerki lewej (rys. 6 i 7) i poddano zabiegowi operacyjnemu. Nie mamy danych jakie badania i z jakimi wynikami popierały wtedy rozpoznanie przedoperacyjne.



Rys. 6.

Operacja dała wynik niespodziewany, gdyż zamiast kamienia miedniczki stwierdzono obecność zwapniałego gruczołu chłonnego. Myśmy spostrzegali tego chorego w 3 lata później.

Stan ogólny: dziecko wymizerowane, ciepłota stale podwyższona; badanie fizykalne: ból w okolicach obu nerek, więcej po stronie prawej; badania laboratoryjne: ropa z krwinkami w moczu, prątki stale obecne; badanie rtg. *(dr Kowalew-*



Rys. 7.

ski): „zarysy kielichów nerki prawej nieregularne, znacznie rozszerzone, wydzielanie zacieniowanego moczu nerki prawej i opróżnianie miedniczki prawej znacznie upośledzone"; wziernikowanie pęcherza moczowego: owrzodzenie w okolicy ujścia moczowodu prawego. Na tej podstawie rozpoznaliśmy gruźlicę nerki prawej i pęcherza moczowego. Nie wykluczyliśmy czy sprawa nie obejmuje także nerki lewej.

Chory został zabrany przez matkę do domu.

Dyskusja:

Dr Fryszman uważa, że ilość błędów w rozpoznawaniu kamieni w drogach moczowych znacznie zmalała dzięki udoskonaleniu techniki rentgenologicznej. Najczęciej trudność nasuwają złogi składające się z soli kwasu moczowego. Miał kilka przypadków, w których wszelkie objawy kliniczne przemawiały za obecnością złogów w nerce, a zdjęcia rentgenowskie dały wynik ujemny. W tych przypadkach zastosował pneumopyelografię, dzięki której udało się wykryć kamienie, które zostały operowane. W sprawie tej *F.* wygłosił odczyt w Towarzystwie Rentgenologicznym i ogłosił pracę w „Polskim Przeglądzie Radiologicznym".

Pneumopyelografia polega na wprowadzeniu powietrza do miedniczki i wykonaniu zdjęć rentgenowskich.

Doc. Szerszyński: Dla uniknięcia błędów rozpoznawczych przy kamicy nerek wzgl. miedniczek nerkowych, wykonuje zdjęcia rentgenowskie zawsze w dwóch płaszczyznach. Zdjęcie boczne pozwala często ustalić, że przypuszczalny kamień jest tylko zwapniałym gruczołem, leżącym z tyłu lub z przodu od nerki.

Prezes Tow. Chir. Warsz.
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w trzecim kwartale 1938 r.

Zestawił **Dr H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 3.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 7—9.
Czasopismo Sądowo - lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 3.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 7—9.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr 4.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 3.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII, Nr 7—8.

Gruźlica	(Gruźl.) Nr 3.
Klinika Oczna	(Kl. Ocz.) Nr 3—4.
Lekarz Kolejowy	(L. Kol.) Nr 3.
Lekarz Polski	(L. P.) Nr 7—9.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXII, Nr 1—3.
Medycyna	(Med.) Nr 13—18.
Medycyna i Przyroda	(Med. Przyr.) Nr 7.
Medycyna Praktyczna	(Med. Pr.) Nr 13—18.
Neurologia Polska	(Neur. P.) t. XX, Nr 4 i t. XXI, Nr 1—2.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 13—18.
Nowotwory	(Nowotw.) Nr 2.
Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek.	(Pam. Wil.) r. XIV, Nr 1.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 7—9.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 27—39.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 7—9.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII, Nr 8—9.
Polski Przegląd Radiologiczny	(P. P. R.) t. XIII, Nr 1—2.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej	(P. Ar. Med. Wew.) t. XVI, Nr 3.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 55—57.
Przegląd Antropologiczny	(P. Antrop.) t. XII, Nr 1.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXIII, Nr 2.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 7—9.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 25—36.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 7—9.

CHIRURGIA OGÓLNA.

214. **Datyner H.** Wrażenia z klinik chirurgicznych i urologicznych we Włoszech. P. P. Ch. Nr 9, s. 885—897.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

215. **Lakner L.** Dzisiejszy pogląd nauki na zakażenie ustne. Pol. Stom. Nr 9, s. 335—350 (d. c. n.).

216. **Tol[illegible]rski S.** Zakażenia paciorkowcowe w schorzeniach chirurgicznych. W. Cz. L. Nr 25—26, s. 449-452.

217. **Dąb N.** Uwagi o nowych drogach w leczeniu stanów zakaźnych (leki grupy sulfamidowej). P. G. L. Nr 27, s. 573—574.

218. **Halbersztadt J.** Współczesny stan chemoterapii zakażeń bakteryjnych. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 483—486, Nr 29—30, s. 508—512, Nr 31—32, s. 534—540, Nr 33, s. 558—559 i Nr 34, s. 579—581.

219. **Słucki R.** Zapobieganie, leczenie i szczepienie tężca. T. N. Nr 8, s. 335—346 i Nr 9, s. 375—388.

220. **Ereciński K.** Przypadek raka wodnego o niezwykłym przebiegu. Ped. Pol. Nr 7—8, s. 404—409.

B. N o w o t w o r y.

221. **Wyrobek E.** Organizacja i kierunek lecznictwa raka w Instytucie Radowym Uniwersytetu Paryskiego. Gin. P. Nr 7 —8, s. 559—586.

222. **Bernstein N.** Rola produktów pokarmowych w rozwoju i leczeniu raka. W. Cz. L. Nr 35, s. 598—600.

223. **Kuźma W.** O potworniakach i torbielach skórzastych. P. P. R. Nr 1—2, s. 145—152.

Ponadto patrz N-ry: 250, 256, 260, 264—267, 271, 279, 285, 290, 305, 306.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

224. **Wojciechowski A.** Rola cieplicy solankowej w leczeniu schorzeń narządów ruchu i ich następstw. L. W. Nr 3, s. 257—281 i Nr 4, s. 385—416.

225. **Wojciechowski A.** Choroby zużycia. W. L. Nr 7, s. 185—194.

226. **Robinson C.** Przypadek choroby Pageta pod postacią hemicraniosis. Med. Nr 14, s. 561—563.

227. **Kuligowski Z.** Choroby stawów na tle nerwowym i ich leczenie. L. W. Nr 3, s. 282—306.

228. **Neumark S.** Kiła stawów okresu późnego o ostrym lub podostrym przebiegu. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 473—476 i Nr 29—30, s. 501—504.

229. **Neumark S.** O przewlekłych wysiękowych i rzekomo - gruźliczych postaciach kiły stawów okresu późnego. W. Cz. L. Nr 35, s. 589—593 i Nr 36, s. 609—613.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

230. **Rzepecki W.** Kilka uwag o technice przetaczania krwi. Ch. P. Nr 7, s. 339—343.

231. **Domanig E.** Przetaczanie krwi konserwowanej. Med. Przyr. Nr 7, s. 14—15.

232. **Hirszfeld L. i Kostuch Z.** Badania dotyczące grup krwi ze szczególnym uwzględnieniem grupy 0. P. G. L. Nr 36, s. 714—717.

233. **Zembrzuski J.** Arteriografia w świetle dotychczasowych wyników. P. P. Ch. Nr 9, s. 863—884.

234. **Kowalczykowa J. i Hirsch L.** Przyczynek do znajomości choroby Besnier - Boecka (Lymphogranulomatosis benigna Schaumanni). P. Dem. Nr 2, s. 275—292.

Patrz także Nr 275.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

235. **Czyżewski K.** Zagadnienie dowolnego kierowania uśpieniem dożylnym sennarkolem i doświadczenia z coraminą. Ch. P. Nr 9, s. 432—437.

236. **Lorenz T.** Narkoza dożylna w urologii. Med. pr. Nr 18, s. 394—398.

237. **Niewiadomski F. i Rosenfeld J.** O przygotowaniu chorych do operacji za pomocą wstrzykiwań dożylnych skopolaminy, eukodalu i efetoniny. Ch. P. Nr 9, s. 419—431.

238. **Galewski A.** Postępowanie w schorzeniach chirurgicznych u chorych z cukrzycą. P. P. Ch. Nr 8, s. 778—787.

Patrz Nr 243.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

239. **Ferkówna M.** Porównawcze badania nad wyjaławianiem narzędzi operacyjnych przegrzaną parą i wrzącą wodą. Gin. P. Nr 7—8, s. 619—642.

240. **Engländer B.** Przyczynek do sprawy wyjaławiania narzędzi. P. G. L. Nr 29—30, s. 609.

241. **Dylewski B.** Igła do automatycznego obkłuwania krwawiących naczyń w gardle po tonsillektomii oraz w innych ranach głębokich. P. G. L. Nr 39, s. 779—781.

242. **Onyszkiewicz i Rzepecki.** Coramina w lecznictwie chirurgicznym. Now. Lek. Nr 16, s. 487—490.

243. **Dziembowski Z.** W sprawie leczenia atonii kiszek i pęcherza moczowego po zabiegach operacyjnych za pomocą preparatu „Esmodil - Bayer". Now. Lek. Nr 15, s. 461—463.

244. **Preiss W.** Przyczynek do leczniczej wartości witamin i lipoidów w schorzeniach chirurgicznych. Ch. P. Nr 7, s. 325—329.

245. **Dziembowski Z.** Znaczenie witamin w lecznictwie z punktu widzenia chirurgicznego. P. P. Ch. Nr 9, s. 814—824.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

246. **Sokołowski T.** Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii. Ch. P. Nr 8, s. 367—370.

247. **Czyżewski K.** Urządzenie stacji urazowej średniego szpitala. P. G. L. Nr 31, s. 632—635.

248. **Dżułyński W.** Ogólne zasady orzecznictwa wypadkowego. P. G. L., Prakt. lek. ark. 8, s. 139—152 i ark. 9, s. 153—168 (d. c. n.).

249. **Zerbe F.** Orzecznictwo wypadkowe na P.K.P. L. K. Nr 3, s. 223—229.

250. **Birkenfeld J.** Zagadnienie związku przyczynowego między nowotworami złośliwymi a urazami w lekarskim orzecznictwie wypadkowym. P. P. Ch. Nr 8, s. 758—768.

251. **Binder Z.** O ranach kąsanych i ich leczeniu. Ch. P. Nr 7, s. 329—334.

252. **Tynicki M.** Oparzenia termiczne. P. G. L. Nr 32, s. 653—657 i Nr 33—34, s. 679—682.

Ponadto patrz N-ry: 274, 280, 310, 312, 314, 315, 317 i 318.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

253. **Lewandowski W.** Zadanie stomatologa w czasie wojny. Pol. Stom. Nr 9, s. 361—365.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.

254. **Adamowicz P.** O cholecystografii sposobem dawek podzielonych. P. P. R. Nr 1—2, s. 123—137.

255. **Graf M.** Przypadek nietolerancji Perabrodilu. P. G. L. Nr 28, s. 589—590.

Patrz także N-ry: 260, 261, 273, 288, 306, 313.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

256. **Peter J.** Torbiel skórzasta głowy. Ch. P. Nr 8, s. 398—400.
257. **Zawadowski W.** Dyzostoza obojczykowo-czaszkowa. P. P. R. Nr 1—2, s. 47—55.
258. **Schieber M.** O chorobie Schüller - Christiana. P. P. R. Nr 1—2, s. 57—77.
259. **Lachowicz A.** Leontiasis ossea. P. P. R. Nr 1—2, s. 79—85.
260. **Blühbaum T. i Spritzer M.** Guzy okołosiodełkowe w obrazie radiologicznym. P. P. R. Nr 1—2, s. 7—46.
261. **Kunicki A.** Rentgenologiczne obrazy siodełka tureckiego w przebiegu uciskowych spraw śródczaszkowych oraz ich znaczenie rozpoznawcze. Neur. P. Nr 4/37, s. 501—510.
262. **Grzędzielski J.** O krwotokach podpajęczynówkowych. Med. pr. Nr 13, s. 275—288, Nr 14, s. 306—315, Nr 15, s. 321—328, Nr 16, s. 344—348, Nr 17, s. 364—369 i Nr 18, s. 399—401 (d. c. n.).
263. **Erlich M.** Rozpoznanie i leczenie wylewów śródczaszkowych noworodka. Ped. Pol. Nr 9, s. 484—485.
264. **Kunicki A.** Morfologiczne podstawy podziału guzów wyściółkowych oraz opis dwóch przypadków. Neur. P. Nr 1—2, s. 84—112.
265. **Ferens E.** Gąbczak wielopostaciowy mózgu wielkotorbielowy. Neur. P. Nr 1—2, s. 70—83.
266. **Gasiński J.** Przypadek oponiaka prawego płata czołowego. P. P. Ch. Nr 8—9, s. 723—731.
267. **Wirszubski A.** Przypadek nowotworu mózgu. Med. Nr 13, s. 529—530.
268. **Herman E. i Jakimowicz W.** Torbiel koloidowa komory III. Neur. P. Nr 4/37, s. 478—492.
269. **Herschendörfer A.** Jeszcze w sprawie plastyki jamy oczodołowej. Kl. Ocz. Nr 3, s. 329—330 (patrz „Piśmiennictwo" z roku 1937, Nr 364, praca M. Lautersteina).
270. **Krzywicki J.** Przypadek asymetrii żuchwy. D. Stom. Nr 4, s. 330—337.
271. **Peter J.** Przypadek uszypułowanego włókniako - mięśniaka jamy ustnej. Ch. P. Nr 9, s. 446—447.

B. S z y j a.

272. **Guzman S.** Fizjologia i patologia tarczycy. Monogr. Nr 55, s. 1—58.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

273. **Granatowicz J.** Leczenie ropnego zapalenia sutka naświetlaniem promieniami rentgenowskimi. Now. Lek. Nr 18, s. 543—546.
274. **Szonert W.** Złamania mostka. P. P. Ch. Nr 8—9, s. 769—777.
275. **Śledziewski H.** Gruczoły limfatyczne osklepkowe i nażebrowe u dorosłych. Ch. P. Nr 8, s. 370—385.
276. **Skwarczewska - Stypułkowska H.** Przypadek pleuro - peritonitis tuberculosa, leczony zachowawczo. Med. Nr 15, s. 590—591.
277. **Bloch M.** Czynne miejscowe (chirurgiczne) leczenie gruźlicy płuc pod kątem widzenia internisty - ftizjologa. W. L. Nr 8, s. 217—226.
278. **Ostrowski W.** Organizacja leczenia chirurgicznego chorych płucnych w sanatoriach. Gruźl. Nr 3, s. 241—256.
279. **Stadnicki A.** Rak płuca. P. G. L. Nr 36, s. 718—722, Nr 37, s. 742—746 i Nr 38, s. 759—762.
280. **Łobacz S.** Urazy i rany przepony. Med. pr. Nr 15, s. 319—321.
281. **Makower A.** Przypadek przedziurawienia przepony z przetoką żołądkowo-opłucnową P. P. R. Nr 1—2, s. 99—102.
282. **Kryński B.** Prawostronna przepuklina przeponowa wrodzona. P. P. R. Nr 1—2, s. 95—98.
283. **Landau A., Deloff L. i Braun R.** Przepuklina przeponowa prawostronna. Nieswoistość odczynu bąblowcowego Casoniego. P. G. L. Nr 35, s. 696—700.

D. J a m a b r z u s z n a.

284. **Meisels E.** Ostra rozstrzeń żołądka i niedrożność dwunastnicy wskutek ucisku przez tętnicę krezkową. P. P. R. Nr 1—2, s. 103—121.
285. **Długosz H.** Mięśniak żołądka powikłany ropniem wątroby z przebiciem do płuc, w przypadku poronnej postaci choroby Recklinghausena. P. G. L. Nr 29—30, s. 605—609.
286. **Łukaszczuk R.** Trzustka po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej i miednicy. P. G. L. Nr 35, s. 700—703 i Nr 36, s. 722—725.
287. **Neuman J.** O torbieli trzustki wyleczonej za pomocą dwuczasowego zabiegu operacyjnego. Ch. P. Nr 9, s. 444—446.

288. **Kowalska - Śmigielska A.** Zwapniały bąblowiec wątroby w obrazie radiologicznym. P. P. R. Nr 1—2, s. 139—144.
289. **Binder Z. i Wolf J.** O kamieniach kałowych jako przyczynie niedrożności jelit. P. G. L. Nr 33—34, s. 674—676.
290. **Wolfram K. i Królikowski S.** Przypadek niedrożności jelit spowodowany mnogimi przerzutami raka gruczołowatego w jelicie cienkim. P. P. Ch. Nr 9, s. 825—833.
291. **Onyszkiewicz T. S.** Dwa przypadki ileus verminosus. P. G. L. Nr 36, s. 713—714.
292. **Justman L.** Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego i schorzeń pokrewnych. W. Cz. L. Nr 31—32, s. 532—534.
293. **Jakóbson Ł.** Krwotoki wewnątrzkiszkowe po appendektomii metodą Lexera. Ch. P. Nr 9, s. 455—456.
294. **Hornicki P.** W sprawie skrętu sieci większej. Ch. P. Nr 9, s. 437—444.
295. **Rosenfeld J.** Przypadek uwięźnięcia uchyłka Meckela w worku przepuklinowym. Ch. P. Nr 7, s. 337—339.
296. **Karpowicz S.** Przypadek przepukliny wiązadła łonowo - pachwinowego Gimbernata (Hernia ligamenti Gimbernati). Ch. P. Nr 7, s. 321—325.
297. **Gasiński J.** Pęknięcia śledziony. P. P. Ch. Nr 8, s. 732—739.
298. **Wolański R.** Przypadek ropnia śledziony. Ch. P. Nr 8, s. 385—398.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

299. **Buzek J.** Znaczenie kliniczne krwiomoczu w schorzeniach chirurgicznych układu moczowego na podstawie materiału klinicznego. P. P. Ch. Nr 9, s. 834—862.
300. **Żółkiewska W.** Związki sulfamidowe w schorzeniach dróg moczowych. Med. Nr 14, s. 558—561.
301. **Nowakowski K.** Czynność nerki po zamknięciu moczowodu. P. P. Ch. Nr 9, s. 809—813.
302. **Laskownicki S. i Malczyński S.** O losach mięśnia przeszczepionego w miąższ nerkowy. P. P. Ch. Nr 8, s. 717—722.
303. **Bulanda B.** Równoczesne występowanie kamicy nerkowej i gruźlicy nerek. P. P. Ch. Nr 8, s. 740—757.
304. **Epsztejn L. i Lewinson J.** Przypadek nerki przemieszczonej, odwróconej, z naczyniami dodatkowymi. Ch. P. Nr 7, s. 334—337.
305. **Lidzki A.** Torbiel skórzasta pęcherza. Pam. Wil. Nr 1, s. 54—59.
306. **Sitkowski W.** W sprawie badania radiologicznego guzów pęcherza. P. P. R. Nr 1—2, s. 153—154.
307. **Szper J., Zeldowicz H. i Ciężar M.** W sprawie ciągotki (priapismus) i jej leczenia. Med. Nr 15, s. 583—586.
Patrz również N-ry: 214, 236 i 255.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

308. **Jochweds B. i Ratner J.** Przypadek drugorzędowej kiły kręgosłupa. W. Cz. L. Nr 27—28, s. 479—481.
309. **Blühbaum T.** O odosobnionej postaci spondylitis deformans cervicalis. Neur. P. Nr 4/37, s. 493—500.
310. **Ciszkiewicz H.** Postępowanie w złamaniach panewki stawu biodrowego. Ch. P. Nr 9, s. 447—450.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

311. **Gorzkowski E.** Zboczenia rozwojowe kończyn górnych. L. W. Nr 2, s. 161—187.
312. **Ciszkiewicz H.** W sprawie postępowania w zwichnięciach stawu barkowego, powikłanych złamaniem szyi kości ramiennej. Ch. P. Nr 8, s. 400—406.
313. **Kukliński I.** Technika badania radiologicznego stawu barkowego. P. P. R. Nr 1—2, s. 87—94.
314. **Hryniewiecki B.** Leczenie świeżych złamań klykci kości ramiennej, udowej i piszczelowej za pomocą wyciągu drutowego. Ch. P. Nr 9, s. 450—455.
315. **Ciszkiewicz H.** W sprawie techniki operacyjnego leczenia zamkniętych złamań wyrostka łokciowego. Ch. P. Nr 7, s. 344—351.
316. **Sitowski M.** O dziedzicznym zniekształceniu palców u człowieka. P. Antrop. Nr 1, s. 23—52.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

317. **Szulc J.** Przyczynek do techniki leczenia złamań trzonu kości udowej. Ch. P. Nr 7, s. 351—354.
318. **Ambros Z.** W sprawie leczenia złamań trzonów kości podudzia, ze szczególnym uwzględnieniem złamań wielokrotnych. Ch. P. Nr 8, s. 406—413.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.

CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 12

GRUDZIEŃ 1938 R.

Chirurg Polski

ROK III. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1938 R. Nr 12

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: *Płk dr T. Sokołowski.*

FRACTURA EPICONDYLI MEDIALIS HUMERI

podał

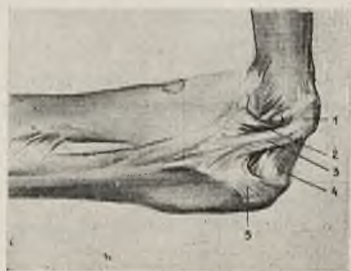
Dr Henryk Ciszkiewicz.

W ciągu 3 lat leczono w Instytucie Chirurgii Urazowej 135 przypadków złamania p r z y ś r o d k o w e j w y n i o s ł o ś c i n a d k ł y k c i o w e j *(p. w. n.)* kości ramiennej. Na 1770 łokci zbadanych rentgenologicznie z powodu istniejących lub podejrzanych uszkodzeń kostnych tej okolicy, stanowi to około 7,6%. Statystyka Instytutu udowadnia, że wśród złamań obwodowej nasady kości ramiennej, złamania *p. w. n.* stoją na drugim miejscu, po złamaniach nadkłykciowych, a przed złamaniami w obrębie kłykcia bocznego.

W zebranym materiale zostały uwzględnione tylko odosobnione złamania *p. w. n.*, pominięto natomiast takie złamania nadkłykciowe oraz złamania całego kłykcia przyśrodkowego, w których bierze udział również *p. w. n.*

D a n e a n a t o m i c z n e. Wyniosłość nadkłykciowa przyśrodkowa kości ramiennej *(epicondylus medialis s. ulnaris humeri)*, u *Bochenka* — kłykieć przyśrodkowy, franc. *épitrochlée*, stanowi guzek kostny na przyśrodkowej krawędzi obwodowej nasady k. ramiennej, tuż ponad bloczkiem i stawem ramienno-łokciowym. Jest on miejsem przyczepienia więzadła pobocznego przyśrodkowego (rys. 1), oraz grupy mięśni zginaczy i nawrotnych, w skład której wchodzą mięśnie: nawrotny obły *(m. pronator teres)*, dłoniowy długi *(m. palmaris longus)*, powierzchowny zginacz palców *(m. flexor digitorum sublimis)*, zginacz łokciowy nadgarstka *(m. flexor carpi ulnaris)* i zginacz promieniowy nadgarstka *(m. flexor carpi radialis)*. Jądro kostnienia *p. w. n.* zjawia się dopiero w 4. — 5. roku życia, stopniowo powiększa się, a zupełny przyrost kostny ma miejsce w 16.—18. roku życia. W rowku na podstawie *p. w. n.* od strony tylnej przebiega nerw łokciowy.

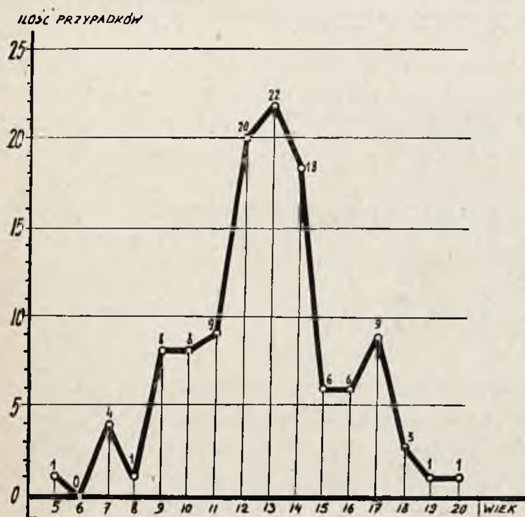
Złamania *p. w. n.* są stosunkowo częste u dzieci, w okresie od pojawienia się jądra kostnienia do jego zlania się z obwodową



Rys. 1. Więzadło poboczne przyśrodkowe stawu łokciowego (wg. Brausa). 1 — epicondylus medialis, 2 — ligamentum collaterale mediale, pars anterior (część zwiotczała), 3 — pars anterior (część napięta), 4 — pars posterior, 5 — pars transversa (Cooperi).

nasadą kości ramiennej — mamy tu do czynienia przeważnie z oddzieleniem jądra kostnienia w obrębie chrząstki, a więc z typową epifizjolizą. Złamania te wyjątkowo zdarzają się przed 7. rokiem życia (w naszym materiale 1 przyp. nawet w 5. r. ż.), najczęstsze są w 12. — 14. r. ż., po czym częstość ich stopniowo się obniża — obrazuje to wykres oparty na materiale

Instytutu (rys. 2). Złamania *p. w. n.* u dorosłych są znacznie rzadsze: na 135



Rys. 2. Wykres częstości złamań p. w. n. w zależności od wieku (od 5. do 20. r. życia).

przypadków mieliśmy ich tylko 18 (13,3%). Częstość występowania w pięcioleciach życia przedstawia następująca tablica:

L a t a :	ilość przypadków
0 — 5	1 przyp.
6 — 10	21 ,,
11 — 15	75 ,,
16 — 20	20 ,,
21 — 25	5 ,,
26 — 30	7 ,,
31 — 35	4 ,,
36 — 40	1 ,,
powyżej 40	1 ,, (66 l.)

Złamania *p. w. n.* dotyczą znacznie częściej chłopców niż dziewcząt (106 : 29), co można objaśnić większym uprawianiem sportu, zwłaszcza jazdy na rowerze i gry w piłkę nożną, większą skłonnością do zmagań się lub upadków z wysokości (wspinanie się na drzewa, płoty). Częstość złamań *p. w. n.* kończyny prawej jest nieco większa niż lewej (75 : 60).

M e c h a n i z m z ł a m a n i a w wieku dziecięcym jest przeważnie p o ś r e d n i: upadek na dłoń przy wyprostowanej w stawie łokciowym kończynie.

W wywiadach spotykamy się z takim mechanizmem najczęściej: przewrócenie się, upadek z roweru, z drzewa, z drabiny, przy skoku przez „kobyłkę" lub wzwyż, przy grze w piłkę itp. Często chory nie potrafi dokładnie określić w jaki sposób upadł — na dłoń czy na łokieć, lub błędnie podaje upadek na łokieć, ponieważ w okolicy łokcia go zabolało; dokładnie zbierane wywiady zwykle wyjaśniają sytuację.

Podczas upadku na wyprostowaną kończynę następuje nadmierne odwiedzenie przedramienia (walgitacja), pociągające za sobą napięcie więzadła przyśrodkowego i oderwanie wyniosłości nadkłykciowej, do której się ono przyczepia. Dalszym etapem może być zwichnięcie przedramienia w stawie łokciowym, najczęściej boczne lub boczno-tylne, wyjątkowo rzadko — przednie.

W materiale Instytutu na 135 przyp. złamania *p. w. n.* zwichnięcie przedramienia w stawie łokciowym spostrzegano 36 razy — były to przeważnie zwichnięcia tylno-boczne, a tylko w jednym przypadku doszło do zwichnięcia przedniego (rys. 12). Ilość zwichnięć była zapewne jeszcze większa, gdyż nadwichnięcia często nastawiają się same, a poza tym przybywali do Instytutu chorzy, którym bezpośrednio po wypadku nastawił zwichnięcie lekarz lub nawet ktoś z otoczenia, i wobec tego fakt istnienia zwichnięcia nie został utrwalony na rentgenogramie lub nie odnotowany w wywiadach.

Do zwichnięcia może nie dojść, może jednak powstać, przy nadmiernym odwiedzeniu przedramienia, rozchylenie szpary stawu ramienno-łokciowego i wtedy odłamana wyniosłość, pociągana przez grupę

przyczepiających się do niej mięśni w kierunku obwodowym i promieniowym (m. nawrotny) zesuwa się z krawędzi bloczka i natrafia na ziejącą szparę, do której wpada. Jeżeli w tym momencie siła odwodząca przedramię przestanie działać, nastąpi w k l e s z c z e n i e odłamanej *p. w. n.* pomiędzy powierzchniami stawowymi, tj. pomiędzy bloczkiem a wcięciem półksiężycowatym kości łokciowej. Wkleszczenie takie może powstać również wtórnie, podczas nastawiania zwichnięcia — należy o tym pamiętać i zawsze po dokonaniu nastawienia wykonać rentgenogram przed nałożeniem szyny gipsowej, gdyż zdjęcie przez opatrunek gipsowy może być niewyraźne i istniejące wkleszczenie może pozostać niezauważone.

W naszym materiale wkleszczenie odłamanej wyniosłości nadkłykciowej w szparze stawowej stwierdzono w 16 przypadkach.

Znacznie rzadziej dochodzi u dzieci, przy takim samym mechanizmie urazu, do rozdarcia więzadła pobocznego; klinicznie można je stwierdzić na podstawie obecności ruchu bocznego w stawie lub koślawego ustawienia przedramienia; może powstać wtedy zwichnięcie bez współistnienia odłamania *p. w. n.*

Rzadko u dzieci, natomiast u dorosłych z reguły złamanie *p. w. n.* powstaje wskutek b e z p o ś r e d n i e g o zadziałania siły na tę okolicę, np. uderzenia przyśrodkową powierzchnią łokcia o twarde podłoże przy upadku, upadku ciężaru na okolicę wyniosłości nadkłykciowej, przejechania itp. Szpara złamania przebiegać może w obrębie dawnej linii przynasadowej, częściej jednak odłamek zawiera część kłykcia lub odwrotnie, złamanie dotyczy tylko wierzchołka czy dolnej krawędzi wyniosłości (rys. 9); spotkać się można również z zupełnym zdruzgotaniem *p. w. n.* Złamania otwarte należą do rzadkości (w naszym materiale tylko w 1 przypadku, wskutek zgniecenia łokcia pomiędzy zderzakami kolejowymi).

W cięższych urazach okolicy łokcia mogą powstać jednocześnie ze złamaniem *p. w. n.* złamania wyrostka łokciowego, główki kości promieniowej i tp.

P o w i k ł a n i e złamań *p. w. n.* może stanowić niedowład lub porażenie nerwu łokciowego — wskutek uszkodzenia (zazwyczaj zgniecenia) pnia nerwu, który przebiega w bezpośredniej bliskości wyniosłości nadkłykciowej.

W 4-ch naszych przypadkach z wkleszczeniem odłamu w szparze stawowej i z tego powodu leczonych operacyjnie, stwierdzono naocznie uciśnięcie nerwu łokciowego przez odłamaną wyniosłość — uwolnienie nerwu i przemieszczenie go pomiędzy mięśnie dało wynik pomyślny, w postaci stopniowego ustąpienia uprzednio istniejących objawów (zaburzeń czucia w obrębie łokciowej krawędzi dłoni i V palca, lekkiego przykurczu tego palca i in.).

O b j a w y złamania *p. w. n.* są dość charakterystyczne: bolesność w okolicy łokcia po stronie przyśrodkowej, nasilająca się przy ruchach, a zwłaszcza przy ucisku na wyniosłość; przy obmacywaniu można często stwierdzić ruchomość odłamu lub tarcie powierzchni złamania; obrzęk tej okolicy i podbiegnięcie krwawe; zaznaczony ruch boczny w kierunku odwiedzenia (walgitacja); wybitne ograniczenie ruchu zgięcia i prostowania (blokada) w przypadku wkleszczenia odłamu; mrowienie, drętwienie lub znieczulenie w zakresie obwodowego unerwienia przez nerw łokciowy, jako objawy ucisku na pień nerwowy przez odłam lub krwiak.

R o z p o z n a n i e na podstawie tych objawów nie jest trudne, jednak zawsze niezbędne jest wykonanie dobrego zdjęcia rentgenowskiego w 2-ch rzutach, celem ustalenia istnienia złamania, rodzaju przemieszczenia, stwierdzenia lub wyłączenia złamań innych typów (złamanie nad- lub przezkłykciowe, złamanie kłykci,

bloczka, wyniosłości główkowatej, wyrostka łokciowego czy główki k. promieniowej); czasem przemieszczenie odłamanej *p. w. n.* jest tak nieznaczne, że budzi się wątpliwość, czy jest to w ogóle złamanie, czy też mamy do czynienia z prawidłową, ale szeroką chrząstką nasadową, dającą na zdjęciu obraz szpary — w tych wypadkach konieczne jest wykonanie porównawczego rentgenogramu drugiego łokcia, co rozstrzyga wątpliwości.

L e c z e n i e. W przypadkach złamań o t w a r t y c h obowiązuje wczesne wycięcie i zeszycie rany — odłamaną wyniosłość najlepiej w tych razach usunąć.

Zabiegu doraźnego wymagają również złamania *p. w. n.* połączone ze zwichnięciem przedramienia — natychmiastowe nastawienie zwichnięcia jest bezwzględnie wskazane. Zabieg ten wykonujemy z reguły w uśpieniu, które znosi odruchowy kurcz mięśni i powoduje zwiotczenie tkanek. Przed nastawieniem obowiązuje wykonanie i obejrzenie rentgenogramów w dwu płaszczyznach, aby się zorientować w typie zwichnięcia oraz przekonać się czy współistnieje złamanie, o czym u dzieci zawsze należy myśleć. Jak już wspomniałem, po nastawieniu konieczne jest zdjęcie kontrolne (przed nałożeniem opatrunku gipsowego), by nie przeoczyć wkleszczenia odłamanej wyniosłości.

W świeżych złamaniach *p. w. n. z* wkleszczeniem należy przede wszystkim wykonać próbę bezkrwawego odprowadzenia wkleszczenia: za pomocą ostrożnych ruchów biernych w stawie łokciowym — odwiedzenia oraz zginania i prostowania, względnie ruchów obrotowych — udaje się nieraz wyprowadzić ze szpary stawowej wkleszczony odłam, co przekształca ten poważny typ złamania w złamanie zwykłe, kwalifikujące się w zupełności do leczenia zachowawczego. Próba odkleszczenia musi być wykonana w uśpieniu i bardzo ostrożnie, by nie spowodować większych uszkodzeń torebki stawowej, przyczepów mięśniowych i — co najważniejsze — nerwu łokciowego.

W Instytucie na 16 przyp. z wkleszczeniem dokonano w trzech przypadkach odkleszczenia zachowawczego.

Przypadki świeże, w których odkleszczenie opisanym sposobem nie udało się, a także przypadki zastarzałe — wymagają leczenia operacyjnego, gdyż pozostawienie odłamu kostnego w szparze stawowej blokuje ruchy w stopniu znacznym i wywołuje zmiany zniekształcające — osteoarthritis deformans (rys. 14b).

Zabieg operacyjny polega na otwarciu stawu ramienno - łokciowego. Cięcie tylne Langenbecka daje wprawdzie doskonały dostęp do całego stawu łokciowego, ale jest w tych przypadkach zbyt rozległe, a przy tym pozostawia po sobie, wskutek zmian bliznowatych w tkankach miękkich, pewne ograniczenie ruchów. Najzupełniej wystarczające jest tu nieduże cięcie przyśrodkowe, przebiegające przed nasadą wyniosłości nadkłykciowej i krzyżujące szparę stawu ramienno - łokciowego. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej uwidocznia się tkanka rościęgnowa grupy mięśni przyczepiających się do wyniosłości, widać przy tym, jak pasmo tej tkanki pogrąża się w szparze stawowej, gdyż tam tkwi odłamana wyniosłość wraz z przyczepami mięśniowymi. Po wykonaniu odwiedzenia przedramienia nie trudno wydobyć ze szpary odłam kostny pociągając za pasmo mięśniowe, względnie pomagając sobie podważką wprowadzoną do szpary stawowej. Odkleszczony odłam, o ile jest dostatecznie duży, ruchomy oraz o ile pozostaje w łączności z przyczepami mięśniowymi, w przypadkach świeżych warto dopasować do miejsca odłamania i przybić stalowym nierdzewnym drutem, wypuszczonym na zewnątrz przez ranę skórną (usuwamy drut po upływie 2 — 3 tygodni). W razie

niemożności wykonania zespolenia — usuwa się odłam wyniosłości, a przyczepy mięśniowe przyszywa się szwami jedwabnymi do tkanek miękkich (mięśni, okostnej) tej okolicy, bacznie uważając, by nie chwycić w szew lub w inny sposób nie uszkodzić nerwu łokciowego.

Z pośród 11 naszych przypadków operowanych z powodu wkleszczenia, w 2 przybito odkleszczoną wyniosłość nadkłykciową, w 9 — usunięto ją.

Przypadki zwykłego złamania czy epifizjolizy *p. w. n.* zasadniczo nie wymagają leczenia operacyjnego. Leczenie polega na unieruchomieniu kończyny opatrunkiem gipsowym (szyna tylna, rzadziej opatrunek okrężny) w ustawieniu zgięcia pod kątem prostym na okres 3 —4 tygodni. W razie dużego obrzęku należy zmienić opatrunek po upływie 4 — 6 dni, tj. gdy ustąpi obrzęk. Celem przyspieszenia zmniejszenia się obrzęku dobrze jest ułożyć kończynę na szynie odwodzącej lub zawiesić ją w uniesieniu ku górze na przyłóżkowej podstawce. Po ustąpieniu obrzęku można łatwo docisnąć wyczuwalną i przesuwalną pod skórą wyniosłość nadkłykciową, starając się doprowadzić ją na właściwe miejsce, po czym ustalić ją za pomocą dobrze wymodelowanego opatrunku gipsowego, pamiętając o podłożeniu pomiędzy gips a wystającą guzowatość kostną miękkiej podkładki z filcu lub waty.

W 4 przypadkach przybito odłamaną i przemieszczoną wyniosłość nierdzewnym drutem, po krwawym nastawieniu z małego cięcia płatowego lub bezkrwawo — przezskórnie (rys. 6b); przy porównaniu wyników tego rodzaju leczenia z wynikami leczenia zachowawczego dochodzi się do wniosku, że zabieg ten, aczkolwiek mały i prosty, jest zbędny.

Po zdjęciu szyny unieruchamiającej obowiązuje leczenie fizykalne, takie same jak w innych przypadkach śródstawowych złamań w obrębie stawu łokciowego: uruchamianie czynne za pomocą wytrwałej gimnastyki, b e z s z k o d l i w e g o we wczesnym okresie m a s a ż u. Korzystne jest działanie ciepła w postaci ciepłych kąpieli lub niezbyt energicznych nagrzewań, a dopiero po upływie 4 — 6 tygodni mogą wejść w grę ćwiczenia bierne, gimnastyka zanderowska oraz masaż mięśni ramienia i przedramienia.

Z e j ś c i e. Niepowikłane złamania *p. w. n.* nie powodują znaczniejszego upośledzenia sprawności kończyny; zwykle zakres ruchów zgięcia i prostowania oraz obrotowych jest pełny, czasem pozostaje nieduże ograniczenie prostowania, rzadziej zgięcia. Upośledzenia te są zazwyczaj zejściem złamań wcale nie leczonych, albo zbyt długo unieruchomionych. Jeśli znacznie przemieszczony odłam nie został nastawiony lub przynajmniej zbliżony, to może nie dojść do zrostu, względnie powstaje zrost tylko łącznotkankowy — jednak i w tych przypadkach wynik czynnościowy jest na ogół dobry, a o przebytym złamaniu świadczy tylko pewne zniekształcenie w okolicy *p. w. n.* oraz umiarkowana koślawość łokcia.

Natomiast jeżeli złamana wyniosłość nadkłykciowa przyrośnie w miejscu nieprawidłowym, np. do wyrostka dziobiastego lub krawędzi wcięcia półksiężycowatego — może powstać znaczne upośledzenie ruchomości, wymagające wkroczenia operacyjnego.

W jednym z przypadków Instytutu odłam *p. w. n.* przyrósł do krawędzi wcięcia półksiężycowatego, blokując w znacznym stopniu ruchy stawu (rys. 15a). Zabieg operacyjny polegał na zdłutowaniu i usunięciu odłamu (rys. 15b).

Znaczne upośledzenie sprawności kończyny powoduje nie nastawione zwichnięcie (zwłaszcza utrwalone w ustawieniu wyprostnym), oraz zaniedbane wkleszczenie odłamu *p. w. n.* w szparze stawowej.

Zaburzenia stojące w związku z pierwotnym uszkodzeniem nerwu łokciowego

mogą doprowadzić do upośledzenia sprawności kończyny (zaniki mięśniowe, przykurcze, zaburzenia czucia); objawy porażenia nerwu łokciowego mogą również wystąpić wtórnie, wskutek uciśnięcia pnia nerwowego przez rozrost kostniny.

W y n i k i. W celu przekonania się o późnych wynikach leczenia złamań *p. w. n.* zawezwano do Instytutu 70 osób do badania kontrolnego (z wyjątkiem mieszkających z dala od Warszawy oraz przypadków świeżych, t. j. z okresu ostatniego półrocza). Do badania zgłosiły się 44 osoby, w tym 39 dzieci i 5 osób dorosłych; z tej liczby było leczonych zachowawczo 38, a 6 operacyjnie (3 przyp. — przybicie odłama drutem, 2 — operacyjne odkleszczenie i przybicie *p. w. n.*, 1 — operacyjne odkleszczenie i usunięcie odłama). Wyniki badania kontrolnego oceniano jako b a r d z o d o b r e — gdy wszystkie ruchy w stawie łakciowym były w zakresie zupełnie prawidłowym i gdy badani nie uskarżali się na żadne dolegliwości; jako d o b r e — gdy pozostało nieduże (w granicach do 30°) ograniczenie prostowania, rzadziej zgięcia, lub nieznaczne dolegliwości (np. na zmianę pogody, przy ciężkiej pracy itp.); wreszcie jako z ł e — przy znaczniejszym ograniczeniu ruchów i stałych dolegliwościach. W tej skali wyniki w naszych przypadkach są następujące:

Po leczeniu zachowawczym: b. dobre — 24, dobre — 13, złe — 1.

Po leczeniu operacyjnym: b. dobre — 3, dobre — 2, złe — 1.

Jeśli chodzi o wyniki niepomyślne, to pierwszy z nich nie był leczony w Instytucie: zgłosił się do badania w 2 tyg. po wypadku, a gdy rozpoznano wkleszczenie i zaopiniowano o konieczności leczenia operacyjnego, na zabieg nie zgodził się. Obecnie, po upływie 2 lat od złamania zdjęcie rtg. wykazało utrzymujące się wkleszczenie oraz duże zmiany okołostawowe zniekształcające (rys. 14), a klinicznie — ograniczenie prostowania do 145°, przy prawie pełnym zgięciu, oraz dolegliwości uniemożliwiające ciężką pracę.

Drugi zły wynik dotyczy 15-letniego chłopca, który przebył złamanie z wkleszczeniem; wobec zupełnej blokady usunięto operacyjnie wkleszczony odłam i wcześnie rozpoczęto uruchamianie kończyny (po 16 dniach). Stosowano energiczną mechanoterapię, jednak bez pomyślnego wyniku. Rentgenologicznie stwierdzono powstanie zwapnień okołostawowych. Leczenie zakończono mechanoterapią sposobem *Mommsena.* Przy badaniu kontrolnym po upływie 1½ roku stwierdzono: zgięcie prawie pełne, prostowanie do 120°, ruchy obrotowe nieco upośledzone. Zapewne przyczyną takiego niepomyślnego wyniku było zbyt wczesne uruchomienie po zabiegu oraz zbyt wczesne rozpoczęcie energicznej mechanoterapii.

W pozostałych 47 przypadkach, w których minęło ponad ½ roku od złamania, nie można było niestety, z przyczyn od nas niezależnych, przeprowadzić badania kontrolnego. Późne wyniki leczenia tych przypadków które się do kontroli stawiły, a które stanowią około 50% wezwanych, dostatecznie świadczą jednak o pomyślności rokowania w złamaniach *p. w. n.* oraz o celowości stosowanych metod leczniczych.

Reprodukowane tu odbitki rentgenogramów (rys. 3 — 15) przedstawiają najbardziej charakterystyczne typy złamań *p. w. n.* i ich powikłań w różnych okresach leczenia; podpisy pod poszczególnymi rysunkami objaśniają je w stopniu wystarczającym.

PIŚMIENNICTWO.

W p o l s k i m piśmiennictwie nie znalazłem pracy omawiającej złamania przyśrodkowej wyniosłości nadkłykciowej. Z piśmiennictwa o b c e g o zasługuje na uwagę: *A. Mouchet* — „Fractures de l'épitrochlée" w „Traité de Chirurgie Orthopédique" Ombrédanne & Mathieu, t. III, 1937, str. 2265 — 2273 oraz *Siméon M. A.* — „La fracture de l'épitrochlée chez l'adulte" (Rev. d'orthop. t. 23 Nr 4/1936, str. 308 — 324), z wykazem piśmiennictwa obcego, liczącym 51 pozycyj.



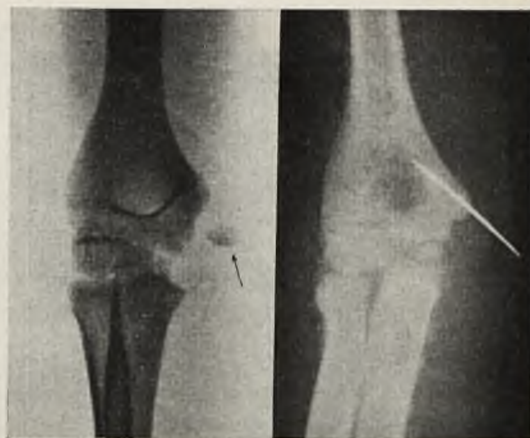
Rys. 3. Przyp. 5/37. M. L. 7 l. Epifizjoliza p. w. n.



Rys. 4. Przyp. 19/36. Sz. J. 14 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n. oraz kontrolne zdjęcie zdrowego stawu łokciowego.



Rys. 5. Przyp. 18/37. G. R 12 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n.; obok wynik końcowy (po upływie 5 tyg.).



Rys. 6. Przyp. 10/37. Ł. Z. 13 l. Złamanie (epifizjoliza) p. w. n.; obok po przezskórnym przybiciu odłamu drutem.



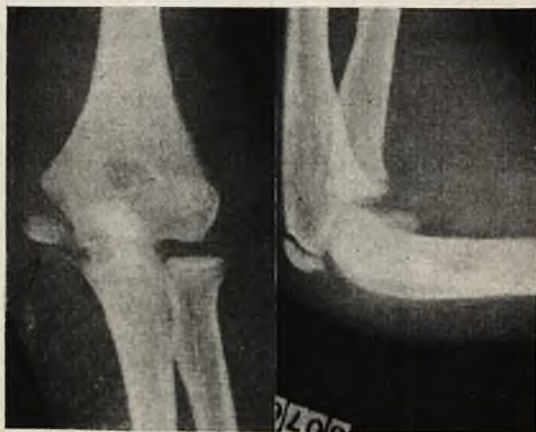




Rys. 7. Przyp. 19/37. K. J. 18 l. Złamanie p. w. n. Rys. 8. Przyp. 16/37. N. J. 66 l. Złamanie p. w. n. (przejechanie kołem wozu, uraz bezpośredni). Rys. 9. Przyp. 27/38. Z. M. 35 l. Odłamanie dolnej krawędzi p. w. n.



Rys. 10a. Przyp. 23/38. M. Z. 14 l. Zwichnięcie tylno-boczne ze złamaniem p. w. n.



Rys. 10b. Przyp. 23/38. Po nastawieniu zwichnięcia.



Rys. 11a. Przyp. 48/37. Sz. D. 12 l. Zwichnięcie tylno-boczne ze złamaniem p. w. n.



Rys. 11b. Przyp. 48/37. Po nastawieniu zwichnięcia.



Rys. 12. Przyp. 6/36. W. K. 15 l. Zwichnięcie przednie ze złamaniem p. w. n.



Rys. 13. Przyp. 12/37. S. K. 14 l. Złamanie p. w. n. z wkleszczeniem odłamu w szparze stawowej.



Rys. 14a. Przyp. 13/36. Ch. K. 17 l. Złamanie p w. n. z wkleszczeniem w szparze stawowej (w 2 tyg. po złamaniu — na leczenie operacyjne chory nie zgodził się).



Rys. 14b. Przyp. 13/36. Wybitne zmiany zniekształcające, będące po 2 latach wynikiem zaniedbanego wkleszczenia odłamanej p. w. n. w szparze stawowej.



Rys. 15. Przyp. 34/38. K. Z. 21 l. Nieprawidłowy przyrost odłamanej p. w. n., ograniczający ruchy w stawie. Obok — po operacyjnym usunięciu odłama.

Fractura epicondyli medialis humeri

von

Dr H. Ciszkiewicz (Warszawa).

ZUSAMMENFASSUNG.

Im Laufe der letzten 3 Jahre wurden im *Institut für Traumatologie* in Warschau 135 Fälle von f r a c t u r a e p i c o n d y l i m e d i a l i s h u m e r i behandelt, was auf 1770 röntgenologisch untersuchten Ellenbogengelenke eine Zahl von 7,6% gibt. Am meisten kommen sie bei Kindern von 12 — 15 Jahren, öfters bei Knaben (106 : 29), selten bei Erwachsenen (18), vor.

Die Ursache besteht gewöhnlich im direkten Trauma: Fall auf die im Ellenbogengelenk gestreckte Hand, was zur maximalen Abduktion und Abriss des Epikon-

dylus durch das ligamentum mediale führt; oft kommt es zur Verrenkung (36 Fälle), oder zur Einklemmung des abgerissenen Knochenstückes in der Gelenkspalte (16 Fälle). Beim Erwachsenen ist das Trauma gewöhnlich indirekt. Die Ulnarislähmung beobachtete man als Komplikation in 4 Fällen.

Die Diagnose ist auf Grund klinischer Symptome und Röntgenogramme leicht zu stellen. Die Behandlung ist im allgemeinen konservativ: nach Einrichtung des Frakturstückes, Immobilisierung in einer Gipsschiene auf 3 — 4 Wochen, danach langsame aktive mobilisierung und später Physiotherapie. Die Verrenkung muss sofort eingerichtet und röntgenologisch kontroliert werden, ob keine Einklemmung des Bruchstückes zurürckgeblieben ist. Indikationen zur operativen Behandlung geben offene Brüche, komplizierte Fälle mit Einklemmung, welche sich auf konservativem Wege nicht reponieren lassen und Fälle die mit primärer Ulnarislähmung verlaufen. Das eingeklemmte Bruchstück wird aus der Gelenkspalte mittels eines medialen Schnittes entweder entfernt, oder nach Einrichtung mit Draht befestigt.

Das Endergebniss ist im allgemeinen gut, selten bleibt eine grössere Funktionsstörung auf die Dauer übrig. Auf 44 Fälle, die nach einem Zeitraum von über ½ Jahre nach der Fraktur nachuntersucht wurden, konnte man bei 27 einen sehr guten, bei 15 einen guten, und nur bei 2 einen mangelhaften Erfolg feststellen, d. h. dass bei den letzten eine grössere Funktionsstörung übrig blieb.

KAZUISTYKA

Z Miejskiego Zakładu Położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.
Dyrektor: *Dr W. Janczewski.*

ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA CZĘŚCI PŁATA WĄTROBY U NOWORODKA.

podał

Dr Jan Kossakowski

Kierownik Oddziału Chirurgicznego Kliniki Pediatrycznej U. J. P.

Przepukliny pępowinowe, zależnie od ich rodzaju, wielkości, jak również od ich zawartości, mogą nastręczać chirurgowi szereg trudności podczas operacji. Szczególnie ciężkie warunki spotykamy w przypadkach tych przepuklin należących do typu zarodkowego, które, jak wiadomo, powstają przed końcem trzeciego miesiąca życia płodu. W tych razach spotykamy się z reguły z brakiem wykształconej i zróżnicowanej blaszki otrzewnej, ubytek w ścianie brzuch bywa często rozległy, zawartość zaś przepukliny (jelito, wątroba oraz inne narządy jamy brzusznej) znajduje się bezpośrednio pod blaszką owodni, która miejscami jest silnie zrośnięta z trzewiami, a zwłaszcza z wątrobą. W tych warunkach oddzielenie owodni od narządów jamy brzusznej bywa nieraz bardzo trudne, a nawet niebezpieczne z powodu towarzyszących temu znacznych krwawień miąższowych, które, o ile mają miejsce z powierzchni wątroby, często prowadzą do śmierci dziecka na stole operacyjnym. Osobiście już dwukrotnie spostrzegałem obfite i uporczywe krwawienia podczas od-

dzielania zrośniętego z owodnią płata wątroby. Wyżej wymienione niebezpieczeństwa, żywo również podkreślane w piśmiennictwie przez wielu chirurgów, skłoniły mnie w trzech następnych przypadkach przepuklin pępowinowych u noworodków do częściowego wycięcia płata wątroby, będącej w silnych zrostach z owodnią i nie dającej się inaczej odprowadzić do jamy brzusznej. Z tych przypadków dwa zmarły w parę dni po zabiegu, jeden zaś udało nam się uratować. Wobec posiadanych już dzisiaj wyników odległych, bo sięgających czteroletniego okresu od operacji, pozwalam sobie przytoczyć opis tego przypadku.

Dnia 19.IX 1934 r. zostałem wezwany do Miejskiego Zakładu Położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, gdzie przed paroma dniami urodziło się dziecko płci żeńskiej z przepukliną pępowinową.

W y w i a d y: Dziewczynka urodzona dn. 14.IX 1934 r. Wiek matki — 25 lat, wiek ojca — 21 lat. Odczyny krwi matki: Wassermana (—), Sachs-Georg (—), odczyn pępowinowy dziecka: Wassermana i Sachs-Georg (—). Matka rodzi po raz pierwszy (dwa lata po ślubie). Poród odbył się siłami natury (położenie główkowe).

S t a n o b e c n y: Dziecko donoszone (dziesiąty miesiąc). Waga 3150 gr., wzrost — 48 cm., obwód główki — 33 cm, obwód klatki piersiowej — 34 cm. Dziecko ogólnie dobrze rozwinięte, główka okrągła, skóra różowa. Ciepłota w odbycie 37.6°. Na brzuchu w linii środkowej w odległości 6 cm. ponad spojeniem kości łonowych stwierdza się guz wielkości dużej pomarańczy, o spoistości twardej, pokryty błoną owodni, miejscami zgorzelinowo zmienioną, z licznymi grubymi szaro-zielonymi nalotami. U podstawy widoczny jest okrężny fałd skórny, w którym zaznacza się przejście owodni w skórę brzucha. Sznur pępowinowy odchodzi od podstawy guza. Załączam zdjęcie dziecka przed operacją (rys. 1).

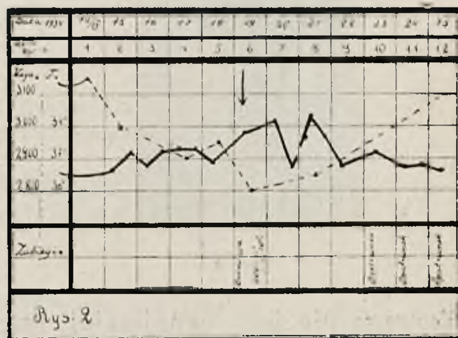
Przystąpiono natychmiast do z a b i e g u o p e r a c y j n e g o. Bez znieczulenia nacięto błonę owodni i bezpośrednio pod nią znaleziono kilka pętli jelita cienkiego oraz płat wątroby ściśle zespolony z owodnią i zajmujący ¾ górnej części guza. Po odprowadzeniu pętli jelita do jamy brzusznej dokonano klinowego wycięcia części wątroby. Przecięte brzegi miąższu zbliżono za pomocą paru głębokich strunowych szwów materacowych. Następnie wycięto pozostałą część owodni, okrwawiając brzegi ubytku skórnego. Mięśnie oraz brzegi skóry zeszyto pojedyńczymi warstwowymi szwami silkowymi. Opatrunek uciskowy. Zabieg operacyjny trwał około 12 minut. Długość wyciętego kawałka wątroby 6 cm, szerokość 3½ cm, grubość 2½ cm.



Rys. 1.

B a d a n i e a n a t. p a t. (L. 13253 U. J. P., z dnia 28.IX 1934 r.): „w nadesłanym wycinku stwierdza się utkanie wątroby z ogniskowym porozsuwaniem beleczek”.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, dziecku przybywa na wadze, ciepłota w pierwszych dwuch dniach dochodzi do 38°, następnie w granicach normy. Dn. 25. IX zdjęto część szwów i stwierdzono w dole rany nieznaczne rozejście się jej brzegów. Dnia 10.X stwierdzono zupełne zagojenie rany. Podaję odpis karty ciepłoty z jednoczesnym wykresem krzywej wagi (rys. 2).



Rys. 2.

W sierpniu 1936 roku oględziny dziecka wykazały dobry stan i ogólny rozwój, jak również brak

wszelkich dolegliwości. Rys. 3. i 4. przedstawiają zdjęcia dziecka w trzy miesiące oraz w cztery lata po operacji. Powtórna kontrola dziecka w styczniu 1937 wykazała również stan dobry. Stan dziecka w listopadzie 1938 roku nie wykazał żadnych odchyleń od normy.



Rys. 3.

Opisany przypadek był w r. 1934 przedstawiony na posiedzeniach Warsz. Tow. Chirurgów, Pediatrów oraz Ginekologów.

Wycinanie części płata wątroby w przypadkach przepuklin pępowinowych typu



Rys. 4.

zarodkowego nie jest bynajmniej rzeczą nową. Wielu chirurgów wykonywało podobne zabiegi, jednak w większości kończyły się one niepomyślnie. Zaledwie w paru opisanych przypadkach udało się dzieci utrzymać przy życiu. *Ellerbock* [1]) doradza w tych razach nie wahać się przed wykonaniem tego zabiegu, przytaczając przypadki *Rungego* i *Arndta. Rohte* uzyskał również wyleczenie dziecka po tej operacji. *Zillmer* posługiwał się rozpalonym żegadłem, odpalając nim wycinek wątroby, co miało zapobiegać nadmiernemu krwawieniu. W przypadku *Knestnera*[2]) wynik bezpośredni był pomyślny, jednak 11. dnia po operacji wystąpiły krwawe wymioty i wkrótce po tym dziecko zmarło. W dostępnym mi piśmiennictwie polskim nie znalazłem nigdzie wzmianki o dokonaniu tego zabiegu w przypadku przepukliny pępowinowej.

W opisanym przez nas przypadku, aczkolwiek rozmiary przepukliny nie były jeszcze zbyt wielkie, niepomyślny był fakt, iż operację wykonano dopiero w 5. dobie życia, co było uzależnione od braku zgody rodziców. Należy dodać, że według zgodnej opinii niemal wszystkich autorów śmiertelność pooperacyjna w tych przypadkach[3]) w pierwszych 12 godzinach jest stosunkowo nie wielka, następnie zaś wzrasta ona niemal z każdą godziną, a już po upływie 24 godzin od urodzenia wyraża się, według liczb podawanych przez *Finsterera*, liczbą 40%. W czwartej i piątej dobie odsetek śmiertelności jest dwukrotnie większy. Pomyślny wynik w naszym przypadku w znacznym stopniu zależny był od grubości owodni, która zdołała przez tyle dni ochronić od zakażenia zawarte pod nią trzewia, jak również i od dużej wytrzymałości dziecka, które nie tylko nie uległo za-

---

[1]) Dtsch. Med. Woch. Zg. 48, N 36 S. 1213.

[2]) Operation einer Nabelschnurhernie mit Resektion des vorgefallenen Leberlappens. Ztbl. für Gynäckol. 1901 N 1.

[3]) Mam tu na myśli przypadki zwykłych przepuklin pępowinowych dających się łatwo odprowadzić i posiadających dostateczną ilość skóry do pokrycia ubytku.

każeniu, lecz zniosło pomyślnie tak ciężki zabieg.

Na zakończenie chciałbym dodać parę uwag. Istnieją liczne przypadki przepuklin pępowinowych, które pomimo nawet bardzo dużych rozmiarów udaje się nieraz łatwo odprowadzić, po czym zeszycie powłok nie nastręcza większych trudności. W przypadkach cięższych uciekałem się parokrotnie do wykonania odbarczających cięć w liniach pachowych w celu szczelnego pokrycia skórą ubytku w miejscu wytrzewienia. Jak zaznaczyłem wyżej, trzykrotnie wykonałem wycięcie płata wątroby, której w inny sposób nie mogłem odprowadzić do jamy brzusznej. Na podstawie tych przypadków chciałbym jak najmocniej podkreślić, że wycięcie to powoduje natychmiast wydatne zmniejszenie objętości wątroby bynajmniej nie proporcjonalne do wielkości usuniętego kawałka, co w rezultacie znacznie ułatwia dokończenie tej ciężkiej operacji. We wszystkich moich przypadkach krwawienie z przeciętego miąższu nie było zbyt obfite i w zupełności dało się opanować z chwilą założenia paru głębokich szwów materacowych. Ważnym szczegółem technicznym jest przecinanie miąższu bardzo szybkim ruchem i, rzecz zrozumiała, ostrym nożem. Wydaje mi się, że chociaż zabieg ten nie często rokuje pomyślny wynik, to jednak nie należy nigdy wahać się przed jego wykonaniem, zwłaszcza że w tych niemal beznadziejnych sytuacjach jest to jeszcze jedyny sposób umożliwiający w ogóle dokończenie rozpoczętej operacji, ratującej niekiedy życie dziecka[4]).

---

[4]) W niniejszym krótkim doniesieniu nie powołałem się na obszerne piśmiennictwo polskie dotyczące przepuklin pępowinowych, ponieważ poruszyłem tu jedynie zagadnienie częściowego wycinania wątroby w niektórych postaciach tych przepuklin.

Résultat eloigné d'une résection partielle d'un lobe du foie chez un nouveau-né

par

Dr Jan Kossakowski.

RÉSUMÉ.

L'auter rapporte un cas de resection partielle d'un lobe du foie: chez une fillette agée de cinq jours, au cours d'une opération d'hernie foetale. *J. K.* conseille cette intervention comme procédé de choix en tout cas d'hernies foetales contenantes le foie prolabé adherant au sac.

Z Poradni Sportowo-Chirurgicznej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

PRZYPADEK DUŻEGO USZKODZENIA ŁĄKOTKI W ŚWIETLE ZDJĘĆ PNEUMOGRAFICZNYCH

podał

Stanisław Tokarski.

Pneumografia — dla oceny i diagnostyki uszkodzeń stawu kolanowego, a szczególnie łąkotek — jest już obecnie metodą szeroko i powszechnie stosowaną. Duży materiał uszkodzeń łąkotek, jakim rozporządzamy w naszej Poradni pozwala już obecnie na zorientowanie się co do wartości pneumografii przy wykrywaniu uszko-

dzeń łąkotek. Istnieją wprawdzie oddziały chirurgiczne, które pneumografii przed operacją nie wykonują, zadawalając się jedynie wynikiem badań klinicznych.

Na Zjeździe Lekarzy Sportowych w Zakopanem w lutym 1939 r. omówimy wspólnie z *dr Goldmanem* wartość pneumografii z punktu widzenia rozpoznawczego oraz poruszymy zagadnienie niezbędności zdjęć pneumograficznych w każdym przypadku uszkodzenia łąkotki, szczególnie przed decyzją co do zabiegu operacyjnego.

Szczegóły techniki wykonywania pneumografii podane są w pracy *Goldmana* i *Lachowicza* w „Chirurgu Polskim" (Nr 1/1937), gdyż i my wzorujemy się na tej samej technice. Wykonujemy cztery zdjęcia: przednio-tylne, boczne i dwa skośne, przechylając kolano o 15° od płaszczyzny strzałkowej w prawo i w lewo; wszystkie te zdjęcia wykonywane są zawsze w pozycji wyprostnej stawu kolanowego. Niektórzy autorzy wykonują niekiedy zdjęcia pneumograficzne i przy zgiętym stawie kolanowym, ale raczej tylko dla wykrycia innych zmian anatomicznych, wtedy lepiej widocznych (zerwanie więzadeł krzyżowych). Niektórzy wreszcie zadawalają się tylko dwoma zdjęciami, przednim i bocznym.

Przypadek który obecnie opiszę, może być dowodem, że nawet i te cztery zwykłe zdjęcia pneumograficzne mogą okazać się niewystarczającymi dla oceny uszkodzenia łąkotki, mimo że uszkodzenie jest bardzo duże. Małe uszkodzenia łąkotek, jak wiemy z doświadczenia, mogą czasami nie dawać zmian w obrazie pneumograficznym, pomimo, że potem stwierdzamy je podczas operacji.

Przypadek dotyczy młodej kobiety l. 23, nauczycielki z Pomorza, która będąc na kursie W. F. w Warszawie uległa urazowi lewego stawu kolanowego. Przedtem już w lipcu b. r. w czasie gry w siatkówkę poczuła, że coś jej przeskoczyło w lewym kolanie i od razu chora nie mogła już chodzić, gdyż wyprostowanie kolana sprawiało jej duży ból. Stwierdzono wtedy wylew do stawu kolanowego i przez 1½ miesiąca leczono chorą w Poznaniu diatermią i masażami. Po tej kuracji chodziła zupełnie normalnie i dopiero 14.IX b. r. skręciła sobie znów lewą nogę w stawie kolanowym, przy czym wystąpiły te same objawy, co i poprzednio. 19.IX zgłosiła się do naszej Poradni i wtedy stwierdzono ograniczenie ruchów w stawie kolanowym, dość znaczną ilość płynu w stawie (obwód kolana większy o 2 cm), zanik mięśni uda lewego (różnica 2 cm w porównaniu z prawym) oraz dużą bolesność całego stawu kolanowego. Nałożono tutor gipsowy i polecono po dwóch tygodniach zgłosić się do Kliniki dla dalszego leczenia Na leczenie natychmiastowe nie udało się chorej nakłonić, gdyż chciała ona w ciągu tych dwóch tygodni zakończyć przeszkoleniowy kurs wychowania fizycznego.

Chora przybyła następnie do Kliniki dn. 4.X 38; po zdjęciu opatrunku gipsowego stwierdzono znaczną ilość płynu w stawie kolanowym, oraz duże ograniczenie ruchów i bolesność, przy czym nie bolesne było tylko wyprostowanie i bardzo lekkie zgięcie. Wykonano nakłucie stawu i wypuszczono 50 cm³ płynu surowiczo-krwistego. Po usunięciu płynu ponowne badanie stawu wykazało największą bolesność przy skręcaniu podudzia ku środkowi oraz dość znaczną bolesność uciskową w części wewnętrznej szpary stawowej lewego kolana.

6.X wykonano pneumografię, która wykazała: na zdjęciu przednio-tylnym — brak zmian w łąkotkach (rys. 1);



Rys. 1.

zdjęcie boczne wykazało przerost więzadeł skrzydłowych i znaczne powiększenie kaletki podkolanowej (bursa poplitea) (rys. 2);



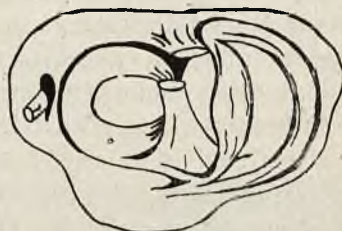
Rys. 2.

zdjęcia skośne wykazały, że łąkotka przyśrodkowa jest uszkodzona i brzegi jej są nierówne i pozazębiane (rys. 3).



Rys. 3.

Decydując się na zabieg operacyjny przypuszczałem, że mamy do czynienia z nieznacznym uszkodzeniem łąkotki przyśrodkowej. 10.X w narkozie ewipanowej otworzono staw kolanowy cięciem pionowym po stronie przyśrodkowej. Operowano jak zwykle przy zgiętym stawie kolanowym i kończynie luźno zwisającej. Po otwarciu stawu w pierwszym momencie nie znaleziono łąkotki przyśrodkowej, gdyż jak się potem okazało, była ona w całości przemieszczona do środka stawu, oderwana od torebki przy rogu przednim, utrzymując się przy torebce tylko rogiem tylnym. Przy wyprostowywaniu kończyny łąkotka wracała na swoje miejsce w szparze stawowej, a przy każdej próbie zgięcia kończyny z powrotem przemieszczała się do środka stawu. Łąkotkę wraz z rogiem tylnym w całości usunięto. Przebieg pooperacyjny gładki; obecnie chora jest już wyleczona, ruchy w stawie zupełnie dobre. Zmianę ułożenia łąkotki wykazuje rys. 4.



Rys. 4.

W przypadku tym zdjęcia pneumograficzne, wykonywane w pozycji wyprostnej stawu kolanowego, mogły nie wykazać żadnych zmian, gdyż łąkotka w pozycji tej znajdowała się w szparze stawowej; gdybyśmy jedno ze zdjęć pneumograficznych wykonali w pozycji zgiętej stawu kolanowego, to wtedy moglibyśmy od razu stwierdzić to przemieszczenie łąkotki.

W jednej ze swych dawniejszych prac *Goldman* i *Lachowicz,* przy omawianiu techniki pneumografii i wykonywania zdjęć rentgenowskich, początkowo stali na stanowisku, że jedno ze zdjęć winno być wykonywane przy zgiętym stawie kolanowym. Jednak po pewnym czasie obaj oni, zgodnie z innymi autorami, doszli do wniosku, że wystarczające są zdjęcia tylko przy wyprostowanym stawie kolanowym.

Z opisanego przypadku jednak wynika, że czasami dla oceny uszkodzenia łąkotki niezbędne jest zdjęcie pneumograficzne przy zgiętym stawie kolanowym.

PIŚMIENNICTWO:

A. Lachowicz i *M. Goldman:* Polski Przegląd Radiologiczny, T. X. i XI r. 1935 — 36, oraz Chirurg Polski zesz. 1/1937 r.

Die Meniskusbeschädigung im Lichte der Kniepneumoarthrographie

von

St. Tokarski.

ZUSAMMENFASSUNG.

In einem Fall von schwerer Meniskusbeschädigung war der innere Semiknorpel mit Ausnahme des Hinterhornes von der Gelenkkapsel gänzlich abgerissen und in das Gelenkinnere verschoben. Pneumographische Aufnahmen ausgeführt in Streckstellung des Gelenkes zeigten keinen eindeutigen Befund. Während der Operation wurde festgestellt, das sich der Meniskus bei der Kniegelenksbeugung in das Gelenkinnere disloziert hat, um bei Streckung in den Gelenkspalt wiederzuerscheinen. Der Verfasser ist der Ansicht, dass bei Verdacht auf eine Meniskusbeschädigung wenigstens eine der pneumographischen Aufnahmen in Beugestellung des Kniegelenkes ausgeführt werden muss.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: *Dr J. Ajzner.*

PRZYPADEK ZŁAMANIA MOSTKA

podał

Dr M. Jakobson.

Nawiązując do pracy *W. Szonerta* p. t. „Złamania mostka" („Pol. Przegląd Chirurg.", zesz. 8, sierpień 1938), z powodu rzadkości złamań mostka pozwalam sobie opisać następujący przypadek:

21.VI 1938 A. W., l. 23, robotnik, jadąc rowerem i chcąc wyminąć przechodniów, uderzył klatką piersiową o wóz naładowany belkami drzewa. Poczuł silny ból w okolicy mostka i wskutek urazu zeskoczył z roweru. W następnej chwili, pomimo bólu, pojechał do domu (6 km) rowerem. Stąd, z powodu wzmagającego się bólu w klatce piersiowej, udał się pieszo do ambulatorium (3 km); jechać na rowerze już nie mógł. Z ambulatorium skierowano chorego na stację pogotowia, dokąd pojechał tramwajem, gdyż już chodzić nie mógł. Na stacji nałożono mu opatrunek przylepcowy i skierowano do szpitala.

Następnego dnia chory skarży się na trwałe bóle pod mostkiem, wzmagające się przy oddechu i kaszlu.

Stwierdzono przy badaniu: pacjent prawidłowo zbudowany, odżywienia miernego. Postawa chorego: głowa wysunięta do przodu, barki uniesione, kończyny górne w krańcowym przywiedzeniu zwisają do przodu. Chory stara się oddychać powierzchownie. W pozycji leżącej wytrzymać nie może, chętnie siedzi i chodzi. Klatka piersiowa: w środkowej części mostka, na wysokości III — IV żeber, wyczuwalne wgniecenie wielkości śliwki oraz schodek na przebiegu mostka. Ucisk wybitnie bolesny. Podbiegnięcia krwawego, obrzęku ani trzeszczeń w okolicy przypuszczalnego złamania nie stwierdzono. Skóra nie uszkodzona.

Płuca i serce bez objawów chorobowych. Zdjęcie rtg. wykazało: poprzeczne złamanie trzonu mostka na wysokości III żeber z przemieszczeniem ku tyłowi o ⅔ grubości mostka (rys. 1). Nałożono opatrunek przylepcowy okrężny do około klatki piersiowej w ustawieniu wydechowym. W tym opatrunku chory znosił ułożenie w łóżku.

25.VI — stan bezgorączkowy; chory chętnie chodzi, leżeć nie może.

27.V — unoszenie się w łóżku swobodne, mało bolesne. Bóle występują przy kaszlu.

I.VII — kaszel wywołuje bóle. Z powodu pie-

czenia (upały) usunięto opatrunek przylepcowy i nałożono opaskę na mastisolu.



Rys. 1.

2.VII — chory znosi opatrunek dobrze. Ruchy



Rys. 2.

głową i kończynami górnymi swobodne, jednakże, znajdując się w spokoju, pacjent ujawnia skłonność do wspomnianej postawy patologicznej z wysuniętą do przodu głową i przywiedzionymi ramionami. Dokonano zdjęcia (rys. 2). Chory wypisany do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Rozpatrując mechanizm tego złamania w miejscu nietypowym, uważam, że mamy tu do czynienia z bezpośrednim urazem nagłym, przy napięciu mięśni klatki piersiowej, jakiego wymaga wysiłek jazdy na rowerze. Tym się też tłumaczy izolowane wgnieceniowe złamanie mostka.



Rys. 3.

Co się tyczy leczenia, uważaliśmy za racjonalny jak największy konserwatyzm. Usuwanie przemieszczenia uznaliśmy za zbędne. Przebieg leczenia wykazał słuszność naszego postępowania.

Chory zgłosił się do badania dopiero 4.X. Czuł się przez cały czas dobrze, pracę fizyczną zaczął wykonywać po 2 tygodniach.

Końcowy wynik daje rentgenogram na rys. 3.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE T-WA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 19 grudnia 1938 r.

Dr K. Cebertowicz:

PRZYPADEK TORBIELKOWATEGO ZWYRODNIENIA NEREK.

(str. własne)

Chora l. 30, zgłosiła się do Kliniki w październiku b. r. Choroba zaczęła się nagle przed 10 dniami bólami w okolicy lędźwiowej, szczególnie z lewej strony, dreszczami, wysoką temperaturą do 40°, wymiotami, dużym osłabieniem. Chora nigdy przedtem nie chorowała.

Podczas badania chorej stwierdzono wygórowanie w okolicy lędźwiowej lewej, przechodzące ku przodowi i w dół w postaci guza wielkości głowy, twardego, o powierzchni guzkowatej, mało ruchomego, bolesnego szczególnie w swej części górnej — w okolicy lędźwiowej. Skóra nad guzem przesuwalna, niezmieniona. Guz swym kształtem przypominał powiększoną nerkę. Nerka prawa wyczuwalna, wielkości dwóch pięści, wrażliwa na dotyk, mało ruchoma, o powierzchni dość gładkiej.

Wyniki badań dodatkowych: moczu — c. wł. 1,200, białko 0,05‰, w osadzie krwinki białe w całym polu widzenia, krwinki czerwone nieliczne, wyługowane, wałeczki ziarniste 1 — 2 w p. widz.; dobowa ilość od 500 — 800 cm³. Leukocytoza we krwi 26.200, zawartość mocznika 55 mg%. Pyelografia dożylna wykazała upośledzenie czynności wydzielniczej nerki lewej oraz obustronne zniekształcenie miedniczek nerkowych.

Ze względu na obustronną sprawę nerkową, przebiegającą ze znacznym powiększeniem nerek, przypuszczaliśmy że mamy do czynienia z o b u s t r o n n y m t o r b i e l k o w a t y m z w y r o d n i e n i e m n e r e k, chociaż z drugiej strony bolesność w okolicy lędźwiowej lewej była tak duża, a sprawa chorobowa wystąpiła tak nagle, że nie wyłączaliśmy również ropnia okołonerkowego. Ze względu na dominujące objawy po stronie lewej przystąpiono do zabiegu po tej stronie *(prof. Wojciechowski)*. Cięcie w okolicy lędźwiowej lewej, skośne; dotarto do guza przypominającego zmienioną nerkę; nakłucie wykazało ciemny ropiasty płyn — nacięto guz szeroko, przy czym wylało się około litra gęstej, brunatnej ropy z domieszką krwi. Założono dreny gumowe i sączki gazowe do nerki; szwy sytuacyjne. Badając podczas zabiegu guz od dołu stwierdzono jednak tylko nieznaczne jego zmniejszenie. Z ropy wyhodowano streptokoki.

W przebiegu pooperacyjnym na razie stan chorej nieco się poprawił, ciepłota obniżyła się, bolesność nerek mniejsza. Wkrótce jednak wystąpiła oliguria, zawartość mocznika we krwi wzrosła do 143 mg%, chora była przeważnie zamroczona, wreszcie w trzy tygodnie po zabiegu zmarła wśród objawów mocznicy.

Badanie sekcyjne *(dr Siedlecka)* wykazało: status post nephrotomiam sin. Degeneratio cystica renum cum suppuratione cystium multarum. Cystes parvulae hepatis.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek jest dość częste; ujawnia się ono klinicznie w dwu okresach życia: u noworodków i u dorosłych między 30. a 50. rokiem życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn i jest zwykle sprawą obustronną. Znane są przypadki występujące rodzinnie.

Co się tyczy patogenezy, to podają trzy teorie powstawania tego schorzenia: 1) T e o r i a s k l e r o z y — *Virchow* uważa, że jest to stwardnienie, jako następstwo stanu zapalnego w życiu płodowym; stwardnienie obejmuje głównie brodawki, a utrudniając wydalanie moczu zawartego w kanalikach moczowych, prowadzi do rozszerzenia kanalików i kłębków. Dzisiaj teoria ta upada, gdyż nie zawsze udaje się stwierdzić stwardnienie brodawek i nie podaje ona przyczyny powstawania torbieli w innych narządach, jak wątrobie, trzustce, śledzionie, tarczycy. 2) T e o r i a n o w o t w o r o w a — torbiele są wynikiem nowotworowego bujania nabłonków kanalików. Ta teoria opiera się na zawartości pewnych torbieli i na bujaniu nabłonka, co stwierdzono czasem w ścianach torbieli. Jednak w ewolucji torbielkowatego zwyrodnienia nerek nie znaleziono nigdy objawów rozwoju nowotworowego, schorzenie to nie przechodzi w raka, za to zwykle jest sprawą obustronną i towarzyszą jej torbiele innych narządów. 3) T e o r i a w a d r o z w o j o w y c h — torbiele są wynikiem wady rozwojowej nabłonka kłębków i kanalików. Polega ona na nieprawidłowym rozwoju nabłonka prowadzącym do powstawania torbieli zamiast kanalików,

albo na tworzeniu się kanalików w ten sposób, że nie mają one prawidłowego ujścia. Teoria ta jest najbardziej interesująca, fakty jej nie przeczą, nie podaje jednak również przyczyny torbieli w innych narządach.

Choroba ta często przebiega skrycie i znajdujemy ją dopiero na sekcji z powodu śmierci z innej przyczyny, jak mocznica, zapalenie nerek. Sprawa postępuje powoli — osobnicy żyją nieraz do 80 lat — śmierć następuje z powodu mocznicy, choroby przypadkowej, wylewu do mózgu częstego u tych osobników, jak również z powodu krwotoku lub zropienia. W typowych przypadkach torbielkowate zwyrodnienie nerek przebiega klinicznie w postaci przewlekłego zapalenia nerek. Schorzenie to rozpoznane za życia powinno być leczone na drodze interwencji chirurgicznej w razie wystąpienia powikłań (zropienie lub długotrwałe krwawienie). Najwłaściwszym zabiegiem jest nefrotomia, można również myśleć o nefrektomii, np. w przypadkach krwotoku zagrażającego życiu.

Przypadek nasz omawiamy jako ciekawy ze względu na nagle wystąpienie objawów u chorej, która dotychczas nigdy nie chorowała i do ostatniej chwili ciężko pracowała fizycznie (pracownica domowa), oraz na szybkie zejście śmiertelne z powodu zropienia torbieli po obu stronach.

Dyskusja:

Dr J. Fryszman podaje analogiczny przypadek, dotyczący chorej l. 31, skierowanej z rozpoznaniem guza prawej nerki z towarzyszącym krwiomoczem. W wywiadach krwiomocz od dwóch miesięcy bez napadów bólowych. W prawym podżebrzu wyczuwało się duży guz, twardy, nierówny, mało ruchomy. Wziernikowanie pęcherza wykazało, że krwiomocz pochodził nie z prawej, lecz z lewej nerki, przy obustronnym upośledzeniu czynności wydzielniczej nerek (indygokarmin). Na tej zasadzie rozpoznano schorzenie obustronne, prawdopodobnie zwyrodnienie torbielowate nerek. Badanie rentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie: na zdjęciu urograficznym obie nerki znacznie powiększone, sięgają prawie do talerza kości biodrowej; kielichy z obu stron wydłużone i znacznie rozszerzone; miejscami zaznaczają się półkoliste wpuklenia zwężające światło kielichów; powierzchnie nerek nierówne. Obraz ten jest typowy dla zwyrodnienia torbielowatego nerek.

Dr A. Fryszman uważa, że w omawianym przypadku może byłoby lepiej ponakłuwać lub ponacinać torbiele w których była ropa, zamiast nefrotomii.

Dr Cebertowicz: Ponieważ cała nerka była wypełniona zropiałymi torbielami, więc jedynie możliwym postępowaniem była nefrotomia.

Dr Al. Mul, dr St. Tokarski i dr A. Galewski:

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGÓW I POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE W SCHORZENIACH TARCZYCY Z NADCZYNNOŚCIĄ W II KLINICE CHIRURGICZNEJ U. J. P.

(str. własne)

Referenci przedstawili, na podstawie własnej obserwacji i danych z piśmiennictwa, obecny sposób przygotowania do operacji chorych na Basedowa. Zwrócili uwagę na to, żeby chorzy byli przygotowywani do zabiegu wyłącznie tylko w zakładach i klinikach chirurgicznych. Przygotowanie chorego składa się z następujących czterech momentów: 1. przygotowanie psychiczne (uspokojenie chorego i ogólna kondycja); 2. podawanie jodu — obniżenie przemiany podstawowej; 3. odżywianie i podawanie witamin; 4. przygotowanie serca i układu naczyniowego.

Referat będzie ogłoszony w całości w „Chirurgu Polskim".

Dyskusja:

Doc. Rutkowski: Nigdy nie można przewidzieć, czy jod należy podawać w ciągu dwóch czy sześciu tygodni, a chorzy winni być operowani wtedy, kiedy wystąpi pod działaniem jodu obniżenie przemiany podstawowej (optimum); momentu tego nie wolno przeoczyć.

Pantopon i morfina są przeciwwskazane w chorobie Basedowa, gdyż zwiększają kwasicę pooperacyjną; dobrze działa luminal.

Dr Szenicer: Luminal podawany domięśniowo w dużych dawkach w ciągu kilku dni przed operacją przyczynia się do obniżenia skoków ciepłoty pooperacyjnej. Cennym środkiem w przebiegu pooperacyjnym jest także gynergen, gdyż wybitnie zmniejsza tachykardię. Naparstnica działa słabo i dlatego lepiej jest po zabiegu podawać chinidynę.

Dr Wertheim: W ciężkich przypadkach gruczolaka toksycznego lub choroby Basedowa należy przedoperacyjną obawę chorego zredukować do mi-

nimum. W swoim oddziale postępuje w ten sposób, że choremu w ciągu kilku dni przed operacją wstrzykuje dożylnie cukier, a pewnego dnia zamiast cukru wstrzykuje evipan, tak że chory nie wie, kiedy będzie operowany.

Doc. Zaorski zgadza się z referentami, że przygotowanie chorych do zabiegu winno odbywać się tylko w zakładzie chirurgicznym. Chorzy ci powinni być odosobnieni (separatki), nie być odwiedzani, nawet nie czytać.

W zakładach które nie posiadają aparatu do pomiarów przemiany podstawowej, można się kierować przybytkiem chorego na wadze — przypadki które przybierają na wadze, przebiegają zwykle pomyślnie. Ciężkie postacie schorzenia operuje zwykle dwuczasowo, podwiązując z jednej strony tętnicę, a z drugiej wykonując resekcję.

Prof. Radliński celem oszczędzenia psychiki chorego stosuje w ciągu kilku dni lawatywy, a w dniu zabiegu podaje we wlewie awertynę. Jest przeciwnikiem operowania Basedowa w znieczuleniu miejscowym. Każdy przypadek o przemianie podstawowej powyżej 50% jest poważny pod względem rokowania; bardzo złym wskaźnikiem przedoperacyjnym jest nadmierna pobudliwość tętna. Zwraca uwagę na znaczenie limfocytozy we krwi, której zwiększenie świadczy zwykle o natężeniu sprawy chorobowej.

Doc. Ostrowski: Przygotowanie psychiczne chorych do operacji może być przeprowadzone i w ten sposób, że w zakładzie, gdzie nie ma separatek (jak w II Klinice Chorurgicznej U. J. P.) chorzy ci pozostają w kontakcie z innymi chorymi, którzy już są po zabiegu wycięcia tarczycy. Dobry wygląd rekonwalescentów usuwa ich obawy przed zabiegiem.

Operację najlepiej przeprowadzać w znieczuleniu miejscowym. Jak dowodzi doświadczenie b. oddziału ś. p. *dra Sławińskiego* i II Klin. Chir. U. J. P. zabiegi wykonane w znieczuleniu miejscowym dają mniej powikłań, zarówno podczas zabiegu, jak i po nim.

W ustalaniu wskazań do operacji i ocenie stanu chorego nie należy opierać się wyłącznie na wynikach badań podstawowej przemiany materii; na dowód przytacza przypadek chorej na Basedowa, u której podstawowa przemiana materii w czasie pobytu w oddziale chirurgicznym, mimo kuracji jodowej, wzrosła z 80 na 128. Pomimo to chora ta zniosła zabieg bardzo dobrze.

Doc. Zaorski uważa, że pod względem odosobnienia należy dać choremu warunki jak najlepsze, a przynajmniej takie jakie miał w domu.

Dr Tokarski w odpowiedzi *dr Wertheimowi* wyjaśnia, że klinika stoi na stanowisku, iż nie należy oddzielać jednostki chorobowej „gruczolak toksyczny" od choroby Basedowa i dlatego referenci uwzględniali tylko to ostatnie schorzenie.

Doc. Wł. Ostrowski i dr T. Sokołowski:

PRÓBA LECZENIA CHOROBY ADDISONA WSZCZEPIENIEM NADNERCZA.

(str. własne)

U chorego, u którego rozpoznano objawy choroby Addisona z powodu gruźlicy nadnerczy, wykonano przeszczepienie nadnercza ludzkiego. Jako dawcę wybrano chorego z daleko posuniętymi objawami zgorzeli samoistnej kończyn dolnych. Wykonano jednocześnie dwa zabiegi na tej samej sali operacyjnej. U chorego ze zgorzelą usunięto nadnercze drogą brzuszną, po czym niezwłocznie wszczepiono je przedotrzewnowo pod m. skośny wewnętrzny brzucha po stronie lewej ciała, choremu z chorobą Addisona. Ze względu na ciężki stan chorego zaniechano wszczepienia nadnercza do szpiku kostnego. Przebieg pooperacyjny był początkowo dobry, jednak po pięciu tygodniach chory zmarł z powodu daleko posuniętej gruźlicy płuc. Sekcja wykazała gruźlicę obydwu nadnerczy, natomiast nadnercze wszczepione było zachowane zupełnie dobrze i nie wykazywało martwicy.

Dr Sokołowski omawia technikę zabiegu i wyjaśnia, że dlatego operowano jednocześnie w dwóch zespołach, gdyż uważano, że przeszczepienie bezpośrednie jest korzystniejsze. Kwestia, czy wszczepiać nadnercze w całości, czy też w kawałkach, jest zagadnieniem dotychczas otwartym.

Dyskusja:

Dr Byrkowski, w związku z badaniem niedomogi gruczołów, a w tym przypadku nadnercza, omówił zasady interferometru. Obecnie w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. przeprowadza się badania czynności gruczołów dokrewnych za pomocą interferometru. Jest to aparat, który wyraża reakcję Abderhaldena w cyfrach. Badania wielu autorów na dużym materiale wykazały, że istnieje normalna krzywa czynności gruczołów do-

krewnych (korelacja gruczołów). Odchylenie od tej krzywej świadczy o tym, że dany gruczoł funkcjonuje nieprawidłowo. Brak, względnie upośledzenie czynności jakiegokolwiek gruczołu można dzisiaj uwidocznić.

Jako przykład przytacza przypadek z II Klin. Chir. U. J. P., dotyczący chorego na spondylitis ankylopoëtica. U chorego tego badano interferometrem krew i stwierdzono wzmożoną czynność grasicy. Po operacji, polegającej na wycięciu przytarczyczek oraz kawałka grasicy wielkości 5 × 4 × 2 cm, powtórne badanie interferometrem, wykonane w dwa tygodnie po zabiegu, wykazało że czynność grasicy obniżyła się do normy.

Doc. Zaorski uważa, że lepiej jest wszczepiać gruczoł rozkawałkowany, gdyż otoczka gruczołu przeszkadza we wrastaniu naczyń, co sprzyja powstawaniu martwicy rozpoczynającej się od środka. Wszczep nie powinien być uciśnięty.

Doc. Rutkowski od dawna już zajmuje się przeszczepianiem gruczołów, przy czym gruczoły te pobiera od zwierząt (świnia, prosię). Mechanizm działania wszczepionego gruczołu polega na tym, że przeszczep jest bodźcem dla drzemiących, nieczynnych gruczołów. Każdy przeszczepiony gruczoł żyje tylko w ciągu ograniczonego okresu czasu. Początkowo *R.* przeszczepiał świeże gruczoły, pobrane bezpośrednio ze zwierzęcia. Opisuje przypadek, gdzie choremu z moczówką prostą wszczepił świeżą przysadkę świni i otrzymał bardzo dobry wynik. Wynik ten utrzymywał się przez 7 miesięcy, po czym zabieg trzeba było powtórzyć — wszczepił wtedy od razu dwie przysadki. W chorobie Addisona wszczepił nadnercze prosięcia — wynik b. dobry, obserwacja trwa 3 miesiące.

Obecnie wszczepia gruczoły otrzymywane z rzeźni po upływie kilku godzin i rezultaty ma tak samo dobre. Wszczepy te są przewożone w płynie fizjologicznym. Miejsce wszczepienia — między mięśniami a otrzewną w lewym podbrzuszu.

W przypadku referentów ciekawy i cenny jest przede wszystkim wynik sekcyjny, gdyż rzadko daje się widzieć jak wygląda wszczepiony gruczoł.

Doc. Ostrowski: Przeszczepy zwierzęce działają tylko czasowo, natomiast przeszczepy narządów człowieka mogą się wgoić na stałe i żyć.

Dr Al. Fryszman:

KILKA PRZYPADKÓW WSTECZNEJ WĘDRÓWKI KAMIENI MOCZOWYCH.

Referat będzie drukowany w całości.

Dr T. Sokołowski i dr M. Telatycki:

LECZENIE GRUŹLICY PŁUC TORAKOPLASTYKĄ CZĘŚCIOWĄ GÓRNĄ. OCENA EPIKRYTYCZNA PRZYPADKÓW Z MATERIAŁU WŁASNEGO SANAT. WOJSK. W OTWOCKU.

(str. własne)

Istnieje kilkaset sposobów i przepisów leczenia gruźlicy płuc. O tym wygłaszają sąd nie tylko lekarze, ale liczni znachorzy i laicy. Gdyby ująć wszystkie środki farmaceutyczne polecane przez różne kraje dla leczenia suchot, to z samych nazw leków powstałby pokaźny tomik. I mimo wszystko z całym poczuciem odpowiedzialności należy przyznać, że poza ogólnie wzmacniającym leczeniem klimatycznym o surowym, pełnym prywacji trybie życia, jedyny tylko rodzaj leczenia można brać poważnie w rachubę, mianowicie leczenie zapadowe. Ono jedynie w granicach dotychczasowych ludzkich możliwości daje wyniki dość szybkie, a wyleczenie jest mniej chwiejne, niż osiągnięte każdym innym sposobem.

Nie oznacza to bynajmniej, że każdy przypadek gruźlicy daje wskazania do tego leczenia, i że każdy rodzaj leczenia zapadowego jest równie skuteczny. Przeciwnie. Prawie każdy z kwalifikujących się tu przypadków wymaga innego wkroczenia. Każdy z zabiegów, mimo zalet, jest związany z szeregiem niebezpieczeństw, niekiedy śmiertelnych. Nawet zabieg tak niezłożony jak odma sztuczna wymaga umiejętności co do jej prowadzenia. Dotyczy to objętości i częstości dopełnień. Nieumiejętnie podtrzymywana lub przedwcześnie przerwana odma może więcej zaszkodzić niż pomóc. Otok olejowy niewłaściwie i nie w porę zastosowany często sprowadza śmiertelną perforację płuca, podobnie jak niewłaściwie dokonane przepalenie zrostów opłucnowych. Wyrwanie nerwu przeponowego dokonane na chorym, nie dającym ściśle określonych wskazań, może spowodować nieodwracalną a męczącą duszność, nie wpływając zupełnie na uspokojenie się sprawy swoistej w ogniskach płucnych itd.

Jeszcze w większej mierze dotyczy to torakoplastyki, która jest zabiegiem traumatyzującym bezpośrednio znacznie więcej, niż sposoby poprzednio wymienione, dokonuje się bowiem zabiegu cięż-

kiego, krwawego i sprowadzającego nieodwracalne zmiany w architekturze klatki piersiowej na człowieku przebywającym jedną z najcięższych chorób jakie zna ludzkość.

Tu więc odpowiedzialność lekarza kwalifikującego do zabiegu jest większa niż kiedykolwiek indziej, podobnie jak operującego chirurga. Ostateczny bowiem wynik korzystny lub zgubny dla chorego jest wypadkową techniki operacyjnej i stopnia prawidłowości postawionych wskazań, opartych nie tylko na stwierdzeniu rozległości i umiejcowienia ognisk, lecz w równej mierze na ocenie wytrzymałości chorego i sprawności funkcjonalnej jego organizmu. Zadaniem ftizjologa jest oddanie do rąk chirurga pacjenta dojrzałego do zabiegu, t.j. w stanie posiadania jak najlepszych szans zniesienia urazu. Rolą chirurga jest wykonanie zabiegu możliwie szybko, oszczędzająco i możliwie wybiórczo, w warunkach zapewniających jak najlepszy i najkrótszy przebieg okresu pooperacyjnego.

Błędem jest poddawanie zabiegowi pacjenta z klasycznymi wskazaniami lokalnymi bez uwzględnienia stanu ogólnego, pojemności życiowej, stanu drugiego płuca, krążenia itp. Podobnie jak błędem jest wykonanie zabiegu o zbyt małym lub zbyt dużym zasięgu. W pierwszym przypadku najidealniejsza technika będzie urazem przekraczającym wytrzymałość pacjenta ze złym stanem ogólnym, w przypadku drugim — cierpienia operowanego będą ofiarą chybioną, gdyż sprawa będzie się rozwijać nadal, a nowopowstałe warunki architektury klatki piersiowej często uniemożliwią korekturę, wreszcie zabieg zbyt rozległy, okaleczając chorego, równocześnie sprowadza niepotrzebny zapad zdrowych części płuca i to u chorych, którym zachowanie funkcji każdego zdrowego skrawka powierzchni oddechowej zwiększa szanse dłuższego życia.

Mechanizm działania leczniczego chorej tkanki płucnej nie jest jeszcze dostatecznie poznany. Jednak jest faktem dowiedzionym ponad wszelką wątpliwość, że tylko taki zapad działa leczniczo, który stwarza dla płuca warunki zbliżone do idealnej odmy, t.zn. odpręża płuca ze wszystkich stron umożliwiając jamom nieograniczone i swobodne zewsząd, koncentryczne obkurczanie się. To też rozległość zabiegu nie może być wynikiem jakiegoś raz na zawsze powziętego szablonu lub widzimisię chirurga, dyktuje ją bowiem w każdym wypadku wielkość i lokalizacja ognisk czy jam. Tylko te żebra winny być usunięte, których obecność, jako aparatu podwieszającego przyrośniętą do ściany schorzałą część płuca, uniemożliwia jej koncentryczne spadnięcie się.

Jeszcze ważniejszą sprawą niż kwestia ilości żeber podlegających resekcji jest rozległość zabiegu w szerz, to znaczy ich ucięcie bliżej kręgosłupa i mostka. Jakże bowiem często widuje się chorych, którym polegający na szablonie *Sauerbrucha* chirurg wyciął wszystkie niemal żebra z jednej strony, podczas gdy na kliszy wdłuż długich kikutów przykręgosłupowych części żeber widnieje taśma przyrośniętego do nich płuca, w której jama zieje po dawnemu, dokumentując, że zabieg, acz ciężki i bardzo rozległy, jest zupełnie chybiony.

Te spostrzeżenia doprowadziły — jeżeli chodzi o nowoczesną torakoplastykę — do skrystalizowania się poglądów olbrzymiej większości chirurgów płucnych w trzech następujących postulatach:

1) Dla leczenia jam górnopłatowych klasyczne metody *Sauerbrucha, Wilmsa* i *Friedreicha*, kładące nacisk na rozległość zabiegu w dłuż, winny być zaniechane na korzyść plastyk częściowych górnych, wybiórczych, rozległych w szerz, to znaczy z radykalnym usunięciem zarówno przykręgowych części dwóch lub trzech pierwszych żeber, możliwie łącznie z szyjkami, jak i ich części przymostkowych.
2) Ilość i długość przykręgosłupowych wycinków dalszych żeber, zazwyczaj do V, VI i VII włącznie, ustala się poprzednio przez obliczenia oparte na danych z wyników badania rentgeno- i tomograficznego. Dodam od siebie, że bardzo pomaga tu posługiwanie się wskazówkami obliczeniowymi *Cardisa*, których zasady podałem niedawno w „Gruźlicy", „Lekarzu Wojskowym" i „Chirurgu Polskim".
3) Kwalifikowanie do zabiegu i leczenie torakoplastyką winno być przedmiotem i wynikiem ścisłej i stałej współpracy chirurga z ftizjologiem.

Rzecz oczywista, że przygotowanie przedoperacyjne, wykonanie zabiegu i prowadzenie pooperacyjne w warunkach klimatu i opieki sanatoryjnej olbrzymio zwiększa pomyślne szanse.

Czy tak postawiona sprawa pozwala liczyć na korzystne wyniki i w jakiej mierze?

Na to pytanie może odpowiedzieć jedynie kazuistyka zabiegów wykonanych w tych właśnie warunkach.

Dzięki uprzejmej gotowości *dr T. Sokołowskiego* zapoczątkowaliśmy torakoplastyki częściowe w Sanatorium Wojskowym w Otwocku w roku 1936.

Dotychczas wykonano 19 zabiegów. W 5-ciu pierwszych przypadkach zabieg nie był doprowadzony do zamierzonego końca, albo był wykonany z innych wskazań. Mianowicie w 4-ch przypadkach — a było to w czasie zapoczątkowywania u nas tej metody — pacjenci po seansie przednim opuścili zakład nie chcąc poddawać się ryzyku zabiegu końcowego. Wszyscy dotąd żyją, lecz po pewnym czasie albo wystąpiła bilateralizacja, uniemożliwiająca na razie dokończenie zabiegu, albo zgłaszają się obecnie po zabieg końcowy. W 5-tym przypadku chodziło o pacjenta leczonego odmą, która jednak nie zdołała ucisnąć olbrzymiej sztywnej jamy. Ta w końcu sperforowała, dając groźny stan mieszanego ropniaka opłucnej i przetokę skórno-opłucnową. W tej właśnie fazie, prawie in extremis, na gorące prośby rodziny zastosowano plastykę jako ostateczną szansę, wobec zupełnej beznadziejności innych metod. Pacjent wkrótce zmarł.

Omówieniu zatem podlega 14 przypadków, u których zabieg wykonano do końca i wskazania były ustalone w sposób wyżej podany. Mężczyzn było 9, kobiet 5. Zabiegów prawostronnych było 8, lewostronnych 6.

Nie należy zapominać, iż wszystkie te przypadki dotyczyły osób, nosicieli jam, którzy od lat prątkowali, byli na leczeniu zachowawczo-sanatoryjnym, popartym opo- i farmakoterapią w sumie po kilkanaście miesięcy — bez wyniku. Próby założenia odmy nie powiodły się lub dały wynik przeciwwybiórczy. A zatem chodziło o osoby z bardzo małymi szansami na dłuższe życie. Z omawianych 14 przypadków operował 12 *dr Sokołowski*, zaś 2 inni operatorzy, jednak według tej samej techniki i wskazówek tego samego ftizjologa. Wiek operowanych 23 — 43 lat. Wyniki:

Śmiertelność wczesna i późna	0
Bez zmian stanu	1
Wyników dostatecznych — średnia poprawa	1
Wyników dobrych — duża poprawa	2
Wyników bardzo dobrych	10

Odmiennie od liberalnych autorów ocenę stawiamy rygorystycznie. Za d o s t a t e c z n y uznaliśmy wynik następujący: Prawie zupełny zanik poprzednio olbrzymiej jamy przy dużej poprawie stanu ogólnego. Jednak wobec później powstałych objawów średnio posuniętej skrobiawicy, uważamy że tylko przedłużyliśmy życie pacjentowi na kilka lat. Za wynik d o b r y uznaliśmy wyleczenie jamy i powrót do doskonałego samopoczucia, jednak prątkowanie z ognisk stacjonarnych w drugim płucu zaciemnia rokowanie. Przewidujemy zabieg drugostronny w bliskiej przyszłości. Wreszcie za wynik b a r d z o d o b r y uważamy: zupełne zniknięcie jamy, potwierdzone tomografią, zniknięcie prątków w plwocinie, zniknięcie objawów czynnościowych i osiągnięcie tak doskonałego samopoczucia i powrotu do zdrowia, że pozwoliło nam wyrazić zgodę na podjęcie przez pacjenta dotychczasowej pracy. Tak np. z 9-ciu mężczyzn — 6-ciu wróciło do służby zawodowej w wojsku, w tym 3 do służby liniowej młodszych oficerów. Niektórzy z nich pracują około 2 lat, ciesząc się dobrym zdrowiem.

Na zakończenie kilka pokazów [1]:

1) *B. J.* żona plutonowego. Uchwytny początek choroby w 1932 r. W 1933 r. — średnia jama w szczycie prawym, nie dająca się ucisnąć odmą. W 1936 — olbrzymia jama. Po plastyce p3 — t8 — zapad kompletny prawego płuca. Jama prawie niewidoczna. Stan bezgorączkowy. Prątki +.

2) *W. J.* Klasyczny przykład plastyki wybiórczej. Uchwytny początek choroby w 1929. Od tego czasu okresowo prątkuje. 5 razy pobyt w sanatoriach. Na zdjęciu drobne zmiany w obu szczytach i dopiero tomogram wykazuje sporą jamkę pod obojczykiem lewym. Plastyka p2 — t5 daje na rtg. obraz zupełnego zapadu lewego szczytu. Chora bez prątków, bez objawów.

3) *W. J.* Uchwytny początek choroby w 1936. Lobit górny lewy z jamką w szczycie. Próba odmy dała wynik przeciwwybiórczy i dalsze dwa rozpady w środkowym polu płuca lewego. WNP zlikwidowało te jamki, lecz szczytowa jama postępowała. Pierwsze tempo plastyki dało znów nowe nacieki w środkowym polu płuca prawego i dopiero tempo tylne (7 ż.) zlikwidowało sprawę. Pacjent od dawna nie prątkuje, przybrał na wadze ok. 7 kg. Nie gorączkuje. Odpluwa minimalnie.

4) *B. H.* Uchwytny początek choroby w 1935, po przebytym w 1922 r. prawostronnym wysiękowym zapaleniu opłucnej. Jamka w prawym szczycie i naciek nad prawą przeponą. WNP zlikwidowało dolny naciek, ale rozpad jamy powiększył się. Dopiero plastyka p3 — t5 zlikwidowała trwale ten stan.

5) *K. S.* W anamnezie w 1928 zapalenie wysiękowe opłucnej lewostronne i resekcja jeli-

[1]) Ze względów technicznych nie reprodukujemy rentgenogramów pokazanych w dużej ilości — Red.

ta grubego z powodu zmian gruźliczych w 1931. Obecnie chory od 1936. Zbliznowaciały lobit górny prawy, wydrążony jamą i rozległe zrosty po stronie lewej. Wobec silnych krwiopluć, gorączki i złego samopoczucia poddany plastyce p3—t7. Nie prątkuje. Stan bardzo dobry. Pracuje.

6) *B. M.* Uchwytny początek choroby 1933. Z powodu jamy szczytowej lewej leczona plastyką wybiórczą, lecz zbyt mało radykalną w Warszawie. Prątkowała nadal i źle się czuła. Plastykę skorygowano, lecz na tomogramach widać było nadal coraz bardziej malejącą szczelinę, co w końcu doprowadziło do odprątkowania i dobrego stanu.

Dyskusja:

Doc. Ostrowski: Mnożące się pokazy przypadków gruźlicy płuc, omawiane w naszym Towarzystwie świadczą, że chorobę tę traktujemy w sposób właściwy, a mianowicie jako chorobę chirurgiczną. Bo istotnie jest to choroba chirurgiczna w takim samym stopniu, jak wrzód żołądka albo kamica pęcherzyka żółciowego. Podobnie jak w wymienionych sprawach chorobowych wielu chorych na gruźlicę płuc może uzyskać zdrowie jedynie po zastosowaniu leczenia operacyjnego. Prelegenci w ocenie swych przypadków zastosowali jedynie właściwe kryterium, jakim jest rentgenogram, pozwalający dokładnie określić wynik zabiegu.

Przedstawiona metoda postępowania w jamach szczytowych, jako bardzo radykalna, z pewnością zapewnia największy odsetek wyleczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że nieraz dobry wynik można uzyskać przy postępowaniu bardziej oszczędnym. Mianowicie w przypadkach jam małych, położonych bocznie, wystarcza zazwyczaj wycięcie tylko tylnych łuków żebra, a w przypadku jam większych operacja, którą stosowali prelegenci, jednak z zachowaniem poprzecznych wyrostków kręgów. Takie postępowanie zostało zastosowane u 5 chorych operowanych w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. w ciągu ostatnich miesięcy. U 4 jama natychmiast po operacji zapadła się całkowicie, u piątego nie całkowicie, co nie przesądza zresztą ostatecznego wyniku leczenia (pokaz rtg. przypadków).

Dr Sokołowski: Przypadki *doc. Ostrowskiego* w wyniku ostatecznym może nie będą tak dobre, jak to się teraz wydaje, gdyż są one zupełnie świeże, a istniejący wysięk i powietrze po odłuszczeniu może maskować istotny stan rzeczy. Ten ucisk zmniejsza się później i może dojść do ekstenzji jam. Ostatecznie rozstrzygnąć sprawę techniki może tylko przetrawienie dużego materiału, którym dotychczas nie rozporządzamy.

Prezes Tow. Chir. Warsz.:
Doc. J. Mossakowski.

Sekretarz:
Dr S. Tokarski.

KOMUNIKAT

Redakcja otrzymała następujące pismo:

„Szanowny Panie Redaktorze. Uprzejmie proszę o wydrukowanie w najbliższym numerze „Chirurga Polskiego" załączonej wzmianki o ogłoszeniu przeze mnie subskrypcji na tom I „Chirurgii przypadków nagłych". Mając nadzieję, że Sz. Pan Kolega nie odmówi mej prośbie, łączę wyrazy prawdziwego szacunku

Doc. Dr T. Butkiewicz".

Do pisma tego został dołączony następujący komunikat:

Docent U. J. P. dr med. T. Butkiewicz (ordynator I oddz. chir. Szpit. Przem. Pańsk. w Warszawie) ogłosił subskrypcję na opracowany przez siebie „Chirurgii przypadków nagłych" tom I, którego treść jest następująca:

A. Część ogólna. Organizacja pomocy chirurgicznej w przypadkach nagłych. Rozdział I. — Pierwsza pomoc chirurgiczna. Rozdział II. — Wykonywanie operacji w mieszkaniu prywatnym. Rozdział III. — Transport. Rozdział IV — Pomoc chirurgiczna w zakładzie leczniczym (1. ogólna organizacja i zasady pomocy chirurgicznej, 2. istota i technika bezgnilnego i przeciwgnilnego postępowania, 3. przygotowanie chorych do zabiegu, 4. znieczulenie).

B. Część szczegółowa. Stany chorobowe stanowiące dziedzinę chirurgii przypadków nagłych. I. — Krwotok (1. og'lna patologia i terapia krwotoku, 2. część szczegółowa). II. — Zatory. III. — Zakrzepy.

Zapowiedziany tom I będzie zawierał ponad 600 stron i 360 rysunków. Cena jego w przedpłacie wynosi 25 zł, z przesyłką pocztową 27 zł. Przedpłatę uiszcza się na konto czekowe P. K. O. Nr 22.592 jednorazowo (do 10 stycznia) lub w dwóch ratach (do 10 stycznia i do 1 kwietnia 1939 r.). Szczegóły dotyczące subskrypcji, ogólnego układu dzieła i treści tomu I podane są w prospekcie, załączonym do grudniowego numeru „Dziennika Urzędowego Izb Lek.". Po upłynięciu terminu subskrypcji (10 stycznia) — cena książki będzie podwyższona.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*

2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*

3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*

4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł, półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł, za tekstem 100 zł; ½ str. przed tekstem 55 zł, za tekstem 50 zł; ¼ przed tekstem 32 zł, za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł, ogłoszenia stałe o 10% taniej.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA" Sp. z o. o. Nowy-Świat 54, tel. 615-56 i 242-40.